

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



"Se eu puder diminuir o sofrimento
ou aliviar a dor de alguém,
ou ajudar um pássaro ferido a voltar para o seu ninho,
não terei vivido em vão".

Emily Dickinson

Para os meus Pais. Por tudo!

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro, pela orientação, apoio e estímulo e por ter acreditado na concretização desta dissertação quando eu já pensava não ser possível.

Aos profissionais do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE - Unidade de Vila Real pela receptividade, colaboração e disponibilidade durante o processo de recolha de dados.

Às Enfermeiras Manuela Pinto Sousa e Júlia Moura Baptista, pelo incentivo e partilha de saberes.

Às Dr^{as} Fernanda Alves e Isabel Fragoso, pela colaboração na recolha de dados clínicos.

À Zé e ao Luís, amigos e conselheiros geniais e inestimáveis, que acreditaram até ao fim.

A todas as mulheres que gentilmente aceitaram participar no estudo.

A todos aqueles que não mencionei mas que contribuíram com o seu apoio, força e amizade... a minha gratidão!

RESUMO

Introdução: A dor aguda pós-operatória é um problema previsível, cuja prevenção e controlo adequado podem evitar sofrimento desnecessário, economizar recursos em cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida das doentes após cirurgia ginecológica. O enfermeiro é um elemento de referência na abordagem da dor, devendo saber valorizar as diferentes dimensões que constituem este fenómeno.

Objetivos: Identificar características da dor aguda pós-operatória (intensidade, severidade, interferência funcional da dor) em doentes submetidas a cirurgia ginecológica; Identificar e analisar a relação entre variáveis demográficas, clínicas e psicológicas relacionadas com a dor aguda pós-operatória em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo descritivo-correlacional e transversal, com abordagem quantitativa. A amostra, não probabilística, foi de 76 mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Avaliou-se a relação existente entre a dor pós-operatória (Inventário Resumido da Dor - BPI) e variáveis demográficas, clínicas (prévias à cirurgia e relacionadas com a cirurgia) e psicológicas (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HADS e Escala de Desânimo Associada à Dor - PCS).

Resultados: Uma proporção significativa de mulheres experienciou dor pós-operatória, estando esta, na generalidade dos casos, controlada. Não estar na menopausa, ter história de dor prévia, independentemente da localização, a existência de comorbilidades, abordagem cirúrgica não laparoscópica, e estados de depressão e catastrofização mostraram-se relacionados com algumas características da dor pós-operatória, no sentido da intensidade, severidade e interferência funcional da dor ser mais significativa. Os procedimentos cirúrgicos que exigem estratégias de analgesia não convencional e analgesia de resgate estiveram associados a mais dor.

Conclusão: As mulheres submetidas a cirurgia ginecológica têm a dor controlada. As estratégias de analgesia utilizadas parecem adequadas. É necessário que o enfermeiro valorize os fatores psicológicos que podem influenciar a dor, que atue junto das doentes para moderar os seus níveis de ansiedade, e que avalie a dor atuando em conformidade através do recurso às estratégias de que dispõe para o seu controlo, proporcionando-lhes um pós-operatório com o máximo bem-estar.

Palavras-chave: dor, dor aguda pós-operatória, cirurgia ginecológica, BPI, enfermeiro.

ABSTRACT

Introduction: Acute postoperative pain is a predictable problem whose prevention and adequate control can avoid unnecessary suffering, save resources on health care and improve the quality of life of patients after gynecological surgery. The nurse is a reference element in the approach to pain, and should know how to value the different dimensions that constitute this phenomenon.

Objectives: To identify characteristics of acute postoperative pain (intensity, severity and interference) in patients undergoing gynecological surgery; To identify and analyze the relationship between sociodemographic, clinical and psychological variables related to pain postoperative in patients undergoing gynecological surgery.

Methodology: A descriptive-correlational and cross-sectional study was developed with a quantitative approach. The non-probabilistic sample consisted of 76 women undergoing gynecological surgery. The relationship between postoperative pain (Brief Pain Inventory - BPI) and demographic, clinical (prior to surgery and surgery-related) and psychological variables (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS, and Pain Catastrophizing Scale - PCS) was studied.

Results: A significant proportion of women experienced postoperative pain, which was, in general, controlled. Not being in the menopause, previous history of pain, regardless of location, existence of comorbidities, non-laparoscopic surgical approach, and states of depression and catastrophization were related to some characteristics of postoperative pain, in the sense of intensity, severity and functional interference of the pain to be more significant. Surgical procedures requiring unconventional analgesia and rescue analgesia were associated with more pain.

Conclusion: Women undergoing gynecological surgery have controlled pain. The analgesia strategies used seem adequate. It is necessary for nurses to value the psychological factors that can influence pain, to act with patients to moderate their anxiety levels, and to assess pain by acting accordingly through the use of the strategies available for their control and to provide a hospital experience with maximum well-being.

Keywords: pain, acute postsurgical pain, gynecological surgery, BPI, nurse.

ÍNDICE

Pág.

LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	
INTRODUÇÃO	21
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 - CIRURGIA GINECOLÓGICA	27
2 - DOR	31
2.1 - ANATOMOFISIOLOGIA DA DOR AGUDA	33
2.2 - A DOR NA MULHER.....	39
2.3 - FATORES PREDITORES DE DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA.....	43
2.4 - EFEITOS ADVERSOS DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA	45
2.4.1 - Dor crónica pós-operatória	47
3 - ANALGESIA DO PÓS-OPERATÓRIO	51
3.1 - PROTOCOLOS DE ANALGESIA.....	53
3.2 - O ENFERMEIRO, ELEMENTO DE REFERÊNCIA DAS UNIDADES DE DOR AGUDA	55
II PARTE - ESTUDO EMPÍRICO	57
1 - METODOLOGIA	59
1.1 - MÉTODOS	59
1.2 - PARTICIPANTES	63
1.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	65
1.4 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS	71
1.5 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	72
2 - RESULTADOS	75
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO	75
2.2 - CARACTERIZAÇÃO DO QUADRO ASSOCIADO À CIRURGIA E ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA..	79
2.3 - FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA	84
2.3.1 - Idade, paridade e menopausa	85
2.3.2 - Aspetos clínicos	87
2.3.3 - Aspetos psicológicos	933
3 - DISCUSSÃO	97
4 - CONCLUSÕES	107

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	125
Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados - Questionário	127
Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados - Grelha de dados	139
Anexo 3 - Autorizações para a utilização do BPI.....	141
Anexo 4 - Autorizações para a utilização da HADS	145
Anexo 5 - Autorizações para a utilização do PCS.....	147
Anexo 6 - Parecer do Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	151
Anexo 7 - Parecer da Diretora do Serviço de Anestesiologia.....	153
Anexo 8 - Autorização do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE.....	155
Anexo 9 - Declaração de consentimento informado às participantes no estudo	157

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas	61

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Operacionalização das variáveis em estudo	62
Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra	64
Tabela 3 - Estatísticas <i>alfa</i> de Cronbach para as escalas BPI, HADS e PCS	71
Tabela 4 - Características relativas ao estado de saúde no período pré-operatório	76
Tabela 5 - Estatísticas descritivas da intensidade máxima, severidade e interferência da dor no pré-operatório nas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica	76
Tabela 6 - Estatísticas descritivas das variáveis psicológicas no pré-operatório das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.....	77
Tabela 7 - Frequência das categorias estabelecidas para as variáveis psicológicas no período pré-operatório	78
Tabela 8 - Frequência das doentes com diferentes diagnósticos e tipos de cirurgia a que foram submetidas	79
Tabela 9 - Frequência das doentes relativamente à gestão da dor e tempo de recobro na UCPA.....	80
Tabela 10 - Frequência das doentes relativamente à analgesia pós-operatória e tempo de internamento	82
Tabela 11 - Estatísticas descritivas das variáveis psicológicas no pós-operatório das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.....	83
Tabela 12 - Frequência das categorias estabelecidas para as variáveis psicológicas no período pós-operatório.....	83
Tabela 13 - Estatísticas descritivas da intensidade máxima, severidade e interferência da dor no pós-operatório nas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.....	84
Tabela 14 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função da idade, paridade e estado menopáusico.	85
Tabela 15 - Estatísticas da severidade da dor em função da idade, paridade e menopausa	86
Tabela 16 - Estatísticas da interferência da dor em função da idade, paridade e menopausa	86
Tabela 17 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função do estado clínico prévio.	87
Tabela 18 - Estatísticas da severidade da dor em função do estado clínico prévio	88
Tabela 19 - Estatísticas da interferência da dor em função do estado clínico prévio	88
Tabela 20 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função de fatores relacionados com a intervenção cirúrgica e analgesia pós-operatória.	90
Tabela 21 - Estatísticas da severidade da dor em função das variáveis clínicas	91

Tabela 22 - Estatísticas da interferência da dor em função das variáveis clínicas	92
Tabela 23 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/ intensa em função das variáveis psicológicas.	93
Tabela 24 - Estatísticas da severidade da dor em função das variáveis psicológicas	94
Tabela 25 - Estatísticas da interferência da dor em função das variáveis psicológicas	94

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ASA - American Society of Anesthesiologists

BPI - *Brief Pain Inventory*

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

CID - Classificação Internacional de Doenças

DAPO - Dor Aguda Pós-Operatória

DCPO - Dor Crónica Pós-Operatória

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIB - *Drug Infusion Ballon*

e.g. - por exemplo

EN - Escala Numérica

EPE - Entidade Pública Empresarial

EVA - Escala Visual Analógica

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IASP - International Association for the Study of Pain

IMC - Índice de Massa Corporal

nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

PCA - Analgesia Controlada pelo Paciente

PCS - *Pain Catastrophizing Scale*

PNLCD - Plano Nacional de Luta Contra a Dor

SNC - Sistema Nervoso Central

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UDA - Unidade de Dor Aguda

INTRODUÇÃO

Apesar dos consideráveis avanços conseguidos ao longo dos últimos anos no âmbito do controlo da dor aguda pós-operatória (DAPO), relacionados sobretudo com a melhor compreensão dos mecanismos da dor, o desenvolvimento das abordagens terapêuticas privilegiando as estratégias de analgesia multimodal, a criação de unidades funcionais de dor aguda e com a consciencialização dos profissionais de saúde e doentes para a sua importância, o fenómeno da dor permanece um problema significativo e com consequências adversas para utentes, profissionais e serviços de saúde. Num estudo recente, Sangesland, Storen, e Vaegter (2017) encontraram uma incidência de dor pós-operatória moderada a severa de 30%. Em contexto de pós-operatório, a problemática da dor aguda continua, portanto, a representar um tema de estudo e uma área de intervenção relevante e com possibilidades de melhoria, o que terá motivado a *International Association for the Study of Pain* (IASP) a declarar o ainda recente ano de 2017 como ano global da luta contra a dor pós-cirúrgica (IASP, 2019).

A IASP define dor como uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, sendo que, no caso do trauma cirúrgico, estão habitualmente implicadas não só as partes estruturais do organismo (pele, músculos, ossos), mas também estruturas viscerais e nervosas (Valentim, 2008). Desta forma, a dor é um fenómeno complexo que envolve sensações, mas também emoções e outras componentes que lhe estão associadas, devendo ser considerada segundo um modelo biopsicossocial (Turk & Gatchel, 2018).

Diferentes procedimentos cirúrgicos causam dor resultante de diferentes mecanismos, com diferentes intensidades e localizações, bem como com diferentes impactos funcionais (Brennan, 2011). A evidência científica indica a existência de fatores de risco para a ocorrência de DAPO, entre eles, o tipo de cirurgia (Pavlin, Sullivan, Freund & Roesen, 2005), a existência de dor no pré-operatório (Abrishami, Chan, Chung & Wong, 2011), fatores psicológicos relacionados com depressão e ansiedade (Pinto, McIntyre, Almeida & Araújo-Soares, 2012; Schug, Palmer, Scott, Halliwell & Trinca, 2015) e a catastrofização da dor (Khan et al., 2011; Kremer et al., 2013). Existe também evidência de diferenças relacionadas com o sexo/género relativamente à sensibilidade à dor (Mogil, 2012) e resposta à analgesia (Bartley & Fillingim, 2013).

Por sua vez, a dor aguda pós-operatória é um fator de risco modificável para o desenvolvimento de dor crónica pós-operatória (Simanski et al., 2014). Com efeito, a relação de progressão de dor aguda para dor crónica encontra-se cientificamente bem definida, havendo também evidência de que a intervenção precoce com técnicas analgésicas específicas para um bom controlo da dor aguda pode diminuir a incidência de dor crónica após a cirurgia. No caso específico das doentes submetidas a cirurgia ginecológica, existem estudos que encontraram uma incidência de dor crónica entre 17% e 32% (Brandsborg, 2012; Munro, Sjaus & George, 2018).

Em Portugal, desde o final da década de noventa que a Direção-Geral da Saúde (DGS) tem vindo a reconhecer a necessidade de melhorar a abordagem da dor. Na atualidade, este desígnio continua, e o mais recente documento estratégico nesta área, publicado em 2017, dá continuidade à missão de luta contra a dor e assume como metas de saúde a 2020, entre outras, a melhoria da formação dos profissionais de saúde sobre a avaliação e controlo da dor, a promoção de modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde e a contribuição para a literacia dos cidadãos relativamente à prevenção e controlo da dor. Também no que diz respeito às unidades de dor aguda, a Norma N.º 003/2012 da DGS, preconiza que deve ser regularmente avaliada a qualidade dos serviços prestados utilizando indicadores representativos das atividades assistencial e formativa/informativa, como sejam, por exemplo, a eficácia da abordagem da DAPO e a informação e nível de satisfação do doente com as abordagens ao controlo da dor.

Internacionalmente, diferentes grupos de trabalho têm publicado orientações com o objetivo de fornecer aos profissionais de saúde recomendações práticas para a gestão da dor pós-operatória em todas as fases do período perioperatório. Contudo, continuam a ser necessários mais estudos que diferenciem sobretudo os efeitos de abordagens analgésicas para um único tipo de cirurgia ou para subgrupos populacionais (Lee et al., 2018).

É, pois, neste enquadramento, que propomos a realização de um estudo sobre a abordagem da dor na doente cirúrgica ginecológica. Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando as respostas, é uma das unidades de competência específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Pretendemos, assim, uma melhor compreensão da experiência de dor pós-operatória na mulher submetida a cirurgia ginecológica, visando a melhoria dos cuidados que lhe são prestados no âmbito da gestão da dor e também, de uma forma global, contribuir para melhorar a sua recuperação pós-operatória, capacidade funcional e qualidade de vida.

Face ao exposto, definiram-se como objetivos deste estudo: (i) identificar características da DAPO (intensidade, severidade, interferência funcional da dor) em doentes submetidas a cirurgia ginecológica; e (ii) identificar e analisar a relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas relacionadas com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Para responder aos objetivos definidos, desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com uma amostra não probabilística de 76 mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Avaliou-se a relação existente entre a dor pós-operatória (escala *Brief Pain Inventory* - BPI) e variáveis demográficas, clínicas - prévias à cirurgia e relacionadas com a cirurgia e analgesia -, e psicológicas.

O trabalho está organizado em duas partes principais. Na primeira parte (enquadramento teórico) é feita uma revisão da literatura onde se enquadra a cirurgia ginecológica, se reflete sobre a dor como fenómeno multidimensional e sobre a analgesia no período pós-operatório, abordando também o papel do enfermeiro na gestão da DAPO. Na segunda parte é apresentado o estudo empírico realizado. O estudo é enquadrado metodologicamente, e apresentam-se aspetos relacionados com a amostra de participantes, as variáveis estudadas, instrumentos de recolha de dados e procedimentos de tratamento de dados.

Os instrumentos de recolha de dados visaram obter informação objetiva sobre as questões em estudo. Assim, utilizou-se um questionário com a escala *Brief Pain Inventory* - BPI e escalas de avaliação de aspetos psicológicos (*Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS e *Pain Catastrophic Scale* - PCS), para além do questionário de características sociodemográficas. As variáveis clínicas foram obtidas através dos processos clínicos das doentes e registadas numa grelha elaborada para o efeito.

Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas, refletindo a análise descritiva e inferencial efetuada. Apresentam-se inicialmente aspetos que descrevem a amostra sob o ponto de vista demográfico, clínico, psicológico e dor percecionada. Seguidamente, são apresentados os resultados relacionados com o teste de hipóteses, onde se avaliou a influência de diferentes variáveis na intensidade máxima, severidade e interferência da dor. Os resultados são então discutidos no penúltimo capítulo, tentando justificar alguns dos achados do estudo e algumas das evidências observadas com informação previamente publicada, enfatizando também o papel do enfermeiro em todo o processo de gestão da dor pós-

operatória Por fim, nas conclusões sistematizam-se os principais achados do estudo empírico e apontam-se as limitações do estudo que consideramos mais relevantes.

I PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - CIRURGIA GINECOLÓGICA

As principais patologias cirúrgicas no âmbito da ginecologia compreendem distúrbios do suporte pélvico, tumores benignos e tumores malignos a nível de órgãos do sistema sexual e reprodutor da mulher. Os distúrbios do suporte pélvico, como o prolapso de órgãos pélvicos ou prolapso genital, são decorrentes do enfraquecimento do tecido conjuntivo e dos músculos que conferem sustentação aos órgãos pélvicos em consequência de diversos fatores, como sejam, o parto vaginal, obesidade, esforços e o declínio dos níveis de estrogénio (Ricci, 2008). Como resultado da perda de tónus muscular, ocorre a herniação dos órgãos pélvicos a partir dos seus locais de inserção original ou da sua posição normal na pelve, projetando-se no canal vaginal ou para fora dele. A incidência destes distúrbios aumenta à medida que a mulher envelhece (O'Reilly, Bottomley & Rymer, 2008). Os quatro tipos mais comuns de prolapso genital são o cistocelo, o retocelo, o enterocelo, e o prolapso uterino. No cistocelo, a parede posterior da bexiga projeta-se para baixo através da parede vaginal anterior. No retocelo e no enterocelo são, respetivamente, o reto e o intestino delgado que herniam para a parede vaginal posterior. Os prolapsos uterinos podem ter três diferentes graus e ocorrem quando o útero desliza através do assoalho pélvico para dentro do canal vaginal. Em termos cirúrgicos, as opções de tratamento para o prolapso de órgãos pélvicos visam corrigir os defeitos na sustentação pélvica e restaurar a anatomia e função normal dos órgãos (Ricci, 2008). As intervenções cirúrgicas podem incluir colporrafia anterior e posterior, para reparação do cistocelo e do retocelo, respetivamente, e histerectomia vaginal no caso dos prolapsos uterinos. Contudo, num prolapso uterino do primeiro grau, em que há deslizamento do útero no interior do canal vaginal mas ainda sem atingir o introito vaginal, a colporrafia anterior e posterior pode ser efetiva para tratar o problema. Este procedimento cirúrgico reforça a parede vaginal anterior e posterior, colocando os órgãos implicados no prolapso na sua posição adequada. Na histerectomia vaginal é removido o útero prolapsado. Esta cirurgia pode ser associada a colporrafia anterior e posterior nos casos em que o prolapso uterino coexiste com cistocelo e retocelo.

Os tumores benignos mais comuns dos órgãos genitais femininos são os quistos ováricos, os pólipos endometriais e os miomas uterinos (Berek, 2014). Em cerca de 90% dos casos, os quistos do ovário são benignos, ocorrendo aproximadamente 30% em mulheres com ciclos menstruais regulares, 50% em mulheres com irregularidade menstrual e 10% depois da menopausa (Ricci, 2008). Quer os quistos foliculares, quer os quistos luteínicos (do corpo

lúteo) são geralmente assintomáticos, podendo, contudo, quando são de maiores dimensões, originar sintomatologia relacionada com alteração dos padrões normais de eliminação fisiológica, distensão abdominal, hemorragia uterina e dor pélvica. Quando indicado, o tratamento cirúrgico consiste na realização de quistectomia por via laparotômica ou laparoscópica.

Os pólipos são formações de tecido implantadas no endométrio, a camada de revestimento interno do útero, ao qual permanecem fixos através de um pedículo. A fase da vida da mulher em que a sua incidência é maior ocorre entre os 50 e os 70 anos e, quando sintomáticos, a manifestação clínica mais comum é a hemorragia uterina abundante. O tratamento cirúrgico consiste na polipectomia realizada através de técnicas de histeroscopia e eletrocauterização (O'Reilly et al., 2008). Os fibromiomas ou leiomiomas uterinos são tumores benignos compostos por tecido muscular e tecido fibroso, podendo ter várias localizações: intramurais (na espessura da parede uterina), subserosos (abaixo da serosa uterina) e submucosos (abaixo da mucosa uterina). As suas manifestações clínicas podem incluir menorragia (perda sanguínea menstrual abundante), dor pélvica crónica e lombalgia. São os tumores mais frequentes do trato genital da mulher, ocorrendo em cerca de 25% das mulheres com mais de 30 anos. O tratamento cirúrgico envolve geralmente a realização de miomectomia ou de histerectomia. A miomectomia pode realizar-se por via laparotômica, laparoscópica ou histeroscópica, dependendo da localização e dimensão dos miomas. Contudo, pode ser uma intervenção tecnicamente difícil e resultar em hemorragia abundante, pelo que este tipo de tratamento cirúrgico se encontra mais reservado às mulheres que desejam manter a fertilidade. Efetivamente, quando tal não se verifica, estas situações constituem uma indicação comum de histerectomia. Outras indicações para histerectomia relacionam-se com os prolapsos uterinos, já referidos, endometriose, hemorragia uterina anormal, displasia cervical, cancro e hiperplasia do endométrio (Ricci, 2008).

A histerectomia é efetivamente um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente realizados em ginecologia, existindo dados que indicam que a sua taxa de realização é máxima entre os 40 e 49 anos, com idade média de 46,1 anos, sendo maior a frequência de histerectomias abdominais que de histerectomias vaginais (Berek, 2014; Gante, Medeiros-Borges & Águas, 2017). Contudo, os dados apontam para uma diminuição da taxa de histerectomias realizadas ao longo dos últimos anos (Berek, 2014; Gante et al., 2018), facto em grande parte relacionado com o aumento de tratamentos conservadores, médicos e cirúrgicos, para os miomas uterinos (Corona et al., 2015). Num estudo nacional sobre

histerectomias, Gante et al. (2017) concluíram que, entre janeiro de 2000 e dezembro de 2014, tinham sido realizadas nos hospitais públicos portugueses 166.177 histerectomias, verificando-se que a taxa de histerectomias baixou de 212 para 171 por cada 100.000 mulheres por ano, representando uma redução de 19,3%. Em termos de abordagem cirúrgica, ocorreu uma diminuição do número de histerectomias abdominais por laparotomia, a taxa de histerectomias vaginais manteve-se estável e aumentou o número de histerectomias laparoscópicas. O recurso a esta técnica minimamente invasiva permite a realização de procedimentos cirúrgicos sem incisões *major*, minimizando, portanto, a agressão cirúrgica sem comprometimento da segurança, e resultando em menos dor no pós-operatório (Pokkinen, Kalliomäki, Yli-Hankala & Nieminen, 2015), menor tempo de recuperação, menos infeção e menos tempo de hospitalização (Aarts et al., 2015).

Em termos de patologia maligna, ou oncológica, realizam-se diferentes procedimentos cirúrgicos sendo de referir o tratamento cirúrgico dos carcinomas do colo uterino, endométrio e ovário, que representam as neoplasias ginecológicas mais frequentes. O cancro do colo do útero é, depois do cancro da mama, a segunda causa mais frequente de malignidade nas mulheres, sendo a média de idades na altura do diagnóstico de cerca de 52 anos, com um pico situado nos 35 - 39 anos e outro nos 60 - 64 anos (O'Reilly et al., 2008). O colo uterino está dividido numa porção supravaginal, o endocolo, e numa vaginal que se projeta no canal vaginal, designada exocolo. Histologicamente, o exocolo é constituído por epitélio escamoso estratificado que passa a epitélio cilíndrico unicelular no endocolo, ao nível de uma zona de transição que, normalmente, coincide com o orifício externo do colo. A zona de transformação corresponde à área onde o epitélio cilíndrico se converteu em epitélio escamoso através de um processo designado metaplasia, constituindo uma área de instabilidade celular, fazendo com que facilmente as suas células possam incorporar vírus (e.g. vírus do papiloma humano) ou outro material carcinogénico. Estas alterações designam-se por neoplasias intraepiteliais cervicais apresentando, de acordo com a proporção da espessura do epitélio escamoso com diferenciação celular anormal, estadios de gravidade progressiva até ao desenvolvimento do carcinoma invasivo (Mota, 2012). Frequentemente, a primeira manifestação clínica são as metrorragias (hemorragia uterina irregular). A dor pélvica é habitualmente um indicador de doença avançada (O'Reilly et al., 2008). O tratamento cirúrgico depende do estadio da doença, podendo envolver a realização de conização, traquelectomia ou histerectomia. As duas primeiras, podem ser um tratamento adequado em mulheres jovens que desejem preservar a fertilidade, desde que as margens

operatórias sejam negativas para doença invasiva (O'Reilly et al., 2008; Mota, 2012). A conização consiste na remoção de um cone de tecido cervical que inclui a zona de transformação metaplásica (Ricci, 2008). Na traquelectomia faz-se a excisão do colo do útero e dos fundos-de-saco vaginais e a remoção proximal dos paramétrios, com conservação da porção superior do endocolo, corpo uterino e anexos. Quando o estadio do tumor representa maior risco de metastização ganglionar, o tratamento cirúrgico consiste numa histerectomia total ou radical com linfadenectomia pélvica. Na histerectomia radical, ou operação de Wertheim, são removidos o útero, colo do útero, paramétrios e o terço superior da vagina, e é efetuada uma linfadenectomia pélvica bilateral a partir da bifurcação da artéria aorta até ao anel femoral, incluindo gânglios pré-sagrados, ilíacos externos, internos e obturadores. Quando os gânglios pélvicos estão invadidos, há também indicação para linfadenectomia para-aórtica (Mota, 2012).

O carcinoma do endométrio predomina nas mulheres pós-menopáusicas, entre a sexta e sétima décadas de vida, com um pico de incidência por volta dos 60 anos (Mota, 2012). Existem dois tipos, um associado a hiperplasia do endométrio devido a estimulação estrogénica e, outro, relacionado com atrofia endometrial. O sinal mais comum é a hemorragia pós-menopausa. Em termos cirúrgicos, realiza-se uma laparotomia exploradora que permita efetuar o estadiamento cirúrgico e identificar a extensão da doença, e que inclui a inspeção de todas as estruturas da cavidade abdomino-pélvica, histerectomia total com anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica e para-aórtica, excisando os gânglios pélvicos e para-aórticos volumosos ou suspeitos de invasão tumoral.

A maioria dos carcinomas do ovário surge em mulheres pós-menopáusicas e tem origem no epitélio de superfície do ovário (Mota, 2012). Inicialmente, a sintomatologia é inespecífica, aparecendo só quando se desenvolvem tumores mais volumosos ou quando ocorreu disseminação. O tratamento cirúrgico passa pela realização de laparotomia exploradora para estadiamento completo do carcinoma, o que inclui lavado peritoneal para estudo citológico, histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia (biópsia de epíplon dado que é um dos locais mais frequentes de metastização), e linfadenectomia pélvica e paraaórtica.

Os diferentes procedimentos cirúrgicos sucintamente descritos anteriormente envolvem diferentes graus de diferenciação e agressão cirúrgica e também uma diferente previsibilidade em termos de DAPO.

2 - DOR

Historicamente, as primeiras teorias científicas sobre dor conceptualizavam-na como sendo um fenómeno unidimensional, diretamente resultante de lesão ou doença física e proporcional à sua extensão ou natureza (Melzack & Wall, 1996). Considerava-se que fatores cognitivos ou emocionais não influenciavam a perceção da dor, sendo interpretados como sua consequência. Contudo, a investigação nesta área veio alterar esta perspetiva, reconhecendo o papel de outros fatores na perceção da dor.

A dor é definida pela IASP como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada com lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em função dessa lesão (Hadjistavropoulos & Craig, 2004; Merskey & Bogduk, 1994). Conceptualizada desta forma, a dor é vista como experiência individual, subjetiva, multidimensional, e que pode ser percecionada na ausência de lesão objetivável.

A dor é uma experiência subjetiva, pois cada pessoa tem um significado próprio de dor, condicionado pela particularidade e unicidade do seu ser e aprendido desde muito cedo na sua vida (Batalha, 2016). A multidimensionalidade a que a definição se refere decorre de a dor ter componentes indissociáveis e que, no seu conjunto, determinam a experiência da dor: uma componente fisiológica e sensorial determinada neurofisiologicamente, mas também uma componente emocional dependente do estado psicológico, de experiências anteriores, do estadio de desenvolvimento e de outros fatores de índole pessoal, cultural e/ou espiritual.

A subjetividade e a multidimensionalidade da dor explicam que, por um lado, o mesmo estímulo pode desencadear dor de intensidades muito diferentes em indivíduos diferentes e, por outro, que o mesmo estímulo nódico pode desencadear dor de intensidades muito diferentes no mesmo indivíduo, dependendo do seu estado psicológico (Romão & Santos, 2013).

Da definição também ressalta a necessidade de distinção entre nociceção e dor. À atividade desencadeada nos nociceptores e vias nociceptivas pelo estímulo nódico (nociceção) não se pode chamar dor, pois trata-se de uma experiência percetiva subjetiva que não está somente relacionada com o estímulo, mas que é modulada por processos emocionais (Hadjistavropoulos & Craig, 2004). A dor é sempre um estado psicológico (Romão & Santos, 2013). Por fim, o conceito de dor utilizado pela IASP também admite a descrição de dor na ausência de lesão. Embora muitas vezes a dor se siga à nociceção, esta não a precede

necessariamente, podendo ser percebida na ausência de lesão objetivável ou podendo a sua intensidade não ser proporcional à lesão original.

Podemos classificar a dor de diferentes formas. Com base num critério temporal, a dor classifica-se como aguda ou crónica. Com base nos mecanismos fisiopatológicos, podemos classificar a dor em nocetiva ou neuropática (Batalha, 2016; Merskey & Bogduk, 1994; Romão & Santos, 2013).

A dor aguda é de início recente, de provável duração limitada e, habitualmente, apresenta uma relação causal e/ou temporal bem definida com lesão ou doença (Ready & Edwards, 1992). É desencadeada pela lesão tecidual e ativação de neurónios aferentes primários específicos, designados nociceptores, responsáveis pela deteção e transmissão dos estímulos dolorosos a partir do local da lesão (Lopes, 2003). Surge, normalmente, na sequência de trauma ou inflamação dos tecidos, resultante de intervenções cirúrgicas, queimaduras, fraturas, entre outros traumatismos ou processos patológicos. Neste sentido, tem uma função protetora, alertando para uma lesão tecidual, de modo a prevenir o seu agravamento (Hadjistavropoulos & Craig, 2004). Geralmente, tem uma duração relativamente limitada no tempo, desaparecendo com a resolução da lesão subjacente.

Nas unidades hospitalares, a principal causa de dor aguda é representada pela dor pós-operatória (DGS, 2012). Considera-se DAPO, a dor referida por um doente cirúrgico, após o procedimento a que foi submetido. Este tipo de dor constitui a causa mais frequente de dor aguda. Pode resultar do trauma do procedimento cirúrgico ou de complicações decorrentes da cirurgia (Romão & Santos, 2013).

A dor crónica pode ser desencadeada por uma lesão ou doença, mas é mantida por fatores patogénica e fisiologicamente distintos da lesão que a originou (Romão & Santos, 2013). Ao contrário do que acontece na dor aguda, a dor crónica não tem como objetivo alertar para uma lesão tecidual, de modo a prevenir futura agressão, pelo que não tem qualquer função protetora (Hadjistavropoulos & Craig, 2004). Caracteriza-se por estados de hiperexcitabilidade neuronal persistentes, que permanecem independentemente do desaparecimento da lesão. Entre os fatores que contribuem para a persistência da dor, têm sido sugeridos fenómenos de sensibilização do sistema nervoso periférico e central, interagindo com fatores emocionais, cognitivos e ambientais (Batalha, 2016). Prolonga-se por um período de tempo mais ou menos longo, havendo autores que referem uma duração superior a três meses e outros que se referem a mais de seis meses. Merskey e Bogduk (1994) consideram que, clinicamente, três meses é o ponto de divisão mais conveniente entre dor

aguda e crónica, mas que, para fins de investigação, o limiar de seis meses é muitas vezes preferível. Contudo, a distinção entre estes dois tipos de dor não deve basear-se apenas num critério temporal, sendo que a dor crónica deve ser vista não como um sintoma, mas como uma doença (Romão & Santos, 2013).

A dor nocicetiva é provocada por lesão, real ou potencial, de tecidos não neurais e resulta da ativação de nociceptores localizados na pele, vísceras e outros órgãos (Merskey & Bogduk, 1994). De acordo com a sua localização, pode ser subdividida em somática e visceral. A dor somática é originada nas articulações, ossos e músculos. É bem localizada e frequentemente descrita como latejante. A dor visceral tem origem nos órgãos localizados no tórax, abdómen e pelve. Geralmente difusa e sem localização precisa, é frequentemente descrita como profunda, do tipo cólica ou surda, podendo associar-se a reflexos motores, como espasmo muscular, e reflexos autonómicos, como náuseas e vómitos (Romão & Santos, 2013).

A dor neuropática resulta de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso periférico ou central, podendo não haver estimulação de nociceptores (Lopes, 2003). Cursa sempre com alterações neurológicas do território afetado, que podem ser subtis, e de que são exemplo a hipoalgesia, a hiperalgesia e a alodinia. Alguns dos descritores mais utilizados para a sua caracterização são queimadura, choque elétrico, dormência e formigueiro (Batalha, 2006).

2.1 - ANATOMOFISIOLOGIA DA DOR AGUDA

Independentemente da localização de eventual lesão ou estímulo nociceptivo, é no cérebro que tomamos consciência da dor. A nociceção é o componente sensitivo da dor (Kopf & Patel, 2010), envolvendo quatro diferentes processos: transdução, transmissão, modulação e perceção (Caseiro, 2004).

Os nociceptores são os neurónios do sistema nervoso periférico responsáveis pela deteção e transmissão dos estímulos dolorosos, nódicos ou nocicetivos (Lopes, 2003). Cada nociceptor possui um corpo celular, localizado nos gânglios das raízes dorsais da medula espinhal, do qual parte um prolongamento que, ao bifurcar-se, dá origem a um processo central, que se dirige ao corno dorsal da medula espinhal, e a um prolongamento periférico, a fibra sensitiva, que termina nos diversos órgãos periféricos (Willis & Coggeshall, 1991). O corno dorsal da medula espinhal e o seu homólogo bulbar, o núcleo espinhal do nervo trigémeo, constituem a área sensitiva primária. Nesta área, terminam os prolongamentos dos

neurónios aferentes primários, que conduzem a informação sensitiva proveniente da periferia, estabelecendo sinapses com interneurónios locais e com neurónios espinhais de projeção, que transmitem a informação sensitiva do corno dorsal da medula espinhal para os níveis superiores do sistema nervoso central, designadamente para o tronco cerebral e tálamo (Willis & Coggeshall, 1991).

As fibras sensitivas cutâneas dividem-se em três grupos, de acordo com o diâmetro, mielinização e velocidade de condução: A β , A δ e C (Willis & Coggeshall, 1991), sendo que, em condições fisiológicas, qualquer destes tipos de fibras podem transmitir informação inócua, mas apenas as fibras C e A δ transmitem informação nocicetiva (Belmonte & Cervero, 1996). As fibras C são nervos de pequeno diâmetro, não mielinizadas, e que conduzem lentamente o impulso nervoso. Por sua vez, as fibras A δ são nervos de maior diâmetro, ligeiramente mielinizadas e que conduzem mais rapidamente os impulsos nervosos (Kopf & Patel, 2010). São estas características das fibras nervosas sensitivas que explicam, após a aplicação de um estímulo nocicetivo, a sensação de dor aguda imediata, resultante da ativação dos nocicetores de fibra A δ , seguida de uma dor mais difusa provocada pela ativação dos nocicetores C, de condução mais lenta (Belmonte & Cervero, 1996; Kopf & Patel, 2010).

Os nocicetores são também classificados em três diferentes grupos, de acordo com as suas características neuroquímicas: nocicetores C peptidérgicos, nocicetores C não peptidérgicos e nocicetores A δ . Para além do glutamato, neurotransmissor excitatório comum aos três grupos de nocicetores, cada tipo sintetiza outras moléculas que contribuem para a transmissão ou modulação da informação nocicetiva para os neurónios do corno dorsal da medula espinhal (Belmonte & Cervero, 1996). Sempre que há uma lesão tecidual provocada por um estímulo nocicetivo, são libertadas, para o meio extracelular, substâncias algogénicas de diferentes origens - tais como prostaglandinas (produzidas pelos fibroblastos), óxido nítrico e citocinas (produzidas por macrófagos), bradicinina (segregada no sangue), histamina e serotonina (produzidas pelos mastócitos), entre outras, - que podem ativar os nocicetores, originando uma dor aguda (Wood & Docherty, 1997).

A principal função dos nocicetores é transformar a energia existente nos estímulos nocicetivos em impulsos nervosos e conduzi-los até à medula espinhal (Lopes, 2003). A transdução é o processo de ativação periférica dos nocicetores pelo qual um estímulo nocicetivo - mecânico, químico ou térmico - é transformado em atividade elétrica nas terminações nervosas dos nocicetores. Este processo depende significativamente de propriedades específicas de canais iónicos e recetores, existentes na membrana das

terminações nervosas periféricas dos nociceptores, bem como da ação de mediadores químicos, que são libertados nos tecidos lesionados, que vão influenciar o grau de atividade nervosa e, conseqüentemente, a intensidade da sensação de dor (Kopf & Patel, 2010). Por sua vez, transmissão é o processo de propagação dos impulsos através do sistema nervoso central (SNC) sensorial. No processo de modulação, a transmissão do estímulo nociceptivo é modificada através de diferentes influências neuronais, atenuando os efeitos da agressão nóxica. Por fim, a percepção é o processo pelo qual todos os processos anteriores interagem com as características psicológicas de cada indivíduo para originar a experiência individual e subjetiva da dor (Caseiro, 2004).

A área sensitiva primária desempenha um papel fundamental na fisiopatologia da dor (Lopes, 2003). Os trabalhos de Melzack e Wall, em 1965, reconheceram o seu importante papel no processamento e transmissão da informação nociceptiva através da teoria do controlo do portão da dor (*gate control*). Até à sua publicação, os mecanismos da dor eram explicados segundo teorias assentes no tradicional modelo biomédico, que consideravam a dor como uma experiência sensorial resultante de estímulos nociceptivos associados a danos físicos devidos a lesão ou doença. A teoria do controlo do portão descreve a integração de estímulos periféricos com variáveis corticais, como o humor e a ansiedade, na percepção da dor. Deste modo, esta foi a primeira teoria a integrar mecanismos fisiológicos e psicológicos num modelo explicativo dos mecanismos da dor (Asmundson, Gomez-Perez, Richter & Carleton, 2014).

Melzack e Wall (1965) sugeriram que a passagem de informação nociceptiva, por via ascendente, da periferia para o cérebro, é controlada por um mecanismo de bloqueio (*gating*) existente no corno dorsal da medula espinhal, que atua como um portão, abrindo e fechando de acordo com o tipo de estímulo que chega a esta área. Os interneurónios do corno dorsal da medula espinhal podem ter uma ação excitatória ou inibitória, desempenhando um papel fundamental na modulação local da transmissão da informação nociceptiva. Tanto os interneurónios excitatórios como os inibitórios são ativados diretamente pelos aferentes primários tipo C, A δ e A β , ou seja, por estímulos nódicos ou inódicos (Willis & Coggeshall, 1991).

A teoria de Melzack e Wall propunha que a transmissão de impulsos nervosos relacionados com a dor seria modulada por um mecanismo de *gating* no corno dorsal da medula espinhal. Este mecanismo seria influenciado pelo equilíbrio entre a atividade das fibras nervosas de grande e pequeno diâmetro, sendo que as fibras de pequeno diâmetro

facilitam a transmissão do impulso nervoso (*abrem o portão*) e as de grande diâmetro inibem a transmissão (*fecham o portão*) (Asmundson & Wright, 2004).

Segundo a teoria do *gate control*, os nociceptores ativam neurónios espinhais de projeção e inibem interneurónios inibitórios, que são ativados por fibras inócuas. Por sua vez, os interneurónios inibitórios vão bloquear a transmissão de estímulos nociceptivos, a nível dos terminais centrais dos nociceptores e dos neurónios de projeção (Melzack & Wall, 1965). Este mecanismo não estaria apenas sob a influência da atividade nervosa aferente periférica, mas também de estruturas supraespinhais, através de fibras descendentes provenientes de níveis superiores do neuroeixo. Desta forma, vias centrais descendentes também podem abrir ou fechar o mecanismo do *gate control*, modulando a transmissão da informação nociceptiva ao nível da medula espinhal (Almeida, Leite-Almeida & Tavares, 2006; Melzack & Wall, 1965). Além disso, a teoria sugere que fatores psicológicos, como experiências anteriores, atenção e emoção, influenciam a perceção da dor, atuando no mecanismo de *gate control* (Melzack & Wall, 1965). Até então, os processos psicológicos eram considerados como meras reações à dor e não como mediadores importantes na perceção da mesma.

Em 1968, Melzack e Casey ampliaram o modelo do controlo do portão da dor. Consideraram que a dor também é influenciada por avaliações cognitivas do seu significado e por respostas emocionais que servem para motivar o comportamento. Assim, a dor é uma experiência multidimensional complexa que integra interações recíprocas entre três dimensões: uma dimensão sensório-discriminativa, uma dimensão cognitivo-avaliativa e uma dimensão motivacional-afetiva (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007; Melzack & Casey, 1968). O reconhecimento de que a dor seria influenciada por diferentes fatores permitiu compreender as diferenças individuais na expressão da dor e alargar as possibilidades em termos de intervenções.

Ultrapassado, assim, o modelo biomédico, que estabelece uma relação simples entre lesão e dor, este modelo integrativo tornou-se o paradigma dominante na área da dor. Esta teoria iniciou uma nova era no pensamento científico sobre a dor, em que o foco deixou de estar apenas nos mecanismos sensoriais e fisiopatológicos da dor e passou a integrar outros fatores. Posteriormente, a investigação levou a avanços na compreensão do mecanismo de bloqueio do *gate control* e ao desenvolvimento de outros modelos de conceptualização da dor, como a teoria da neuromatriz e os modelos biopsicossociais. Todos são consensuais no reconhecimento da dor como uma experiência multidimensional, resultante da interação entre

fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais na experiência de dor vivenciada por cada indivíduo.

Na teoria da neuromatriz, Melzack (1999) aprofunda os aspetos relacionados com a função cerebral na experiência de dor. Este autor propõe que o cérebro possui uma rede de neurónios amplamente distribuída - a neuromatriz - que inclui componentes somatossensoriais, límbicos e tálamo-corticais e que integra as dimensões sensitivo-discriminativas, cognitivo-avaliativas e afetivo-motivacionais da experiência de dor, propostas anteriormente na teoria do *gate control*. No funcionamento da neuromatriz atuam múltiplos *inputs* (estímulos) que contribuem para o processo de dor, tais como: i) estímulos sensoriais que atuam nos recetores cutâneos, viscerais e outros recetores somáticos; ii) *inputs* cognitivos e emocionais de outras áreas do cérebro; iii) *inputs* visuais e outros *inputs* sensoriais que influenciam a interpretação cognitiva da situação; iv) atividade dos sistemas de regulação do stresse, do sistema nervoso autónomo, do sistema de modulação inibitória descendente, do sistema imunitário e do sistema opióide endógeno. Desta forma, a dor é considerada como o resultado do *output* (resposta) desta complexa rede neural cerebral.

De salientar, nesta teoria, a inclusão dos fatores homeostáticos entre os múltiplos fatores que determinam a experiência de dor. A dor é considerada um importante fator stressor que altera a homeostase do organismo e desencadeia desequilíbrios nos processos reguladores do stresse, designadamente no eixo hipotálamo-pituitária-suprarrenal, com libertação de cortisol, entre outras hormonas, o que pode influenciar ainda mais a experiência de dor (Melzack, 1999). A principal base para incluir os mecanismos homeostáticos relaciona-se com o facto de a dor funcionar como uma ameaça ao organismo, produzindo uma cascata de eventos que podem contribuir para que ela se mantenha, mesmo após o dano tecidual original ter sido resolvido ou na ausência de qualquer patologia objetiva (Gatchel et al., 2007). Apesar de o aumento da secreção de cortisol ser considerada uma resposta adaptativa do organismo face ao stresse, a ativação prolongada do sistema de regulação do stresse e a secreção prolongada de cortisol podem gerar um ciclo de *feedback* entre dor e stresse e condicionar o desenvolvimento de dor crónica (Turk & Gatchel, 2018).

A abordagem biopsicossocial da dor considera que a experiência da dor é determinada pela interação dinâmica, contínua, recíproca e complexa entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os fatores biológicos incluem a estimulação sensorial periférica, vias nervosas ascendentes e descendentes, bem como diversos processos bioquímicos. Os fatores psicológicos incluem cognições, emoções, humor, expectativas e crenças sobre o controlo da

dor. Os fatores sociais incluem expectativas socioculturais e interações interpessoais que influenciam a percepção e respostas individuais à dor (Turk & Gatchel, 2018).

O foco da abordagem biopsicossocial não está na doença em si, mas na experiência subjetiva ou autoatribuição da doença e no comportamento de doença (Asmundson & Wright, 2004). Nesta perspectiva, a expressão da dor é função das interrelações entre as alterações fisiológicas, o estado psicológico e os contextos sociais e culturais que moldam a percepção e resposta do doente face à sua experiência pessoal da dor (Asmundson et al., 2014). Assim, a percepção e resposta a estímulos sensoriais são de pendor subjetivo, pois podem diferir de indivíduo; uma dor similar pode ser percebida como indicativo de uma doença potencialmente grave como pode, noutro indivíduo, ser tida apenas como desconfortável, mas inofensiva.

A abordagem biopsicossocial apresenta portanto uma perspectiva ampla, multidimensional e complexa sobre a dor, aguda ou crónica, considerando-a como o resultado da interação dinâmica e recíproca entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, que devem ser simultaneamente considerados na compreensão da experiência da dor. A dor é também considerada um processo dinâmico, em que o papel dos diferentes fatores pode mudar, em importância relativa, com a evolução da condição, tendo os fatores psicológicos e sociais o potencial de vir a desempenhar um papel importante na manutenção e exacerbação da dor (Asmundson et al., 2014).

Individualmente, para cada pessoa, a experiência da dor é o resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais (Schug et al., 2015). Neste contexto, a dor não é apenas uma sensação, mas um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional, resultante de interações entre componentes sensitiva, cognitiva, emocional e social, devendo ser considerada segundo um modelo biopsicossocial.

Em suma, verificamos que existem vários modelos conceptuais da dor. Inicialmente modelos unidimensionais, que refletiam o paradigma biomédico centrado no processo de transdução sensorial, evoluíram para modelos complexos e multidimensionais que conceptualizavam a dor como mais do que uma experiência sensorial resultante de lesão física ou de patologia. Todos eles reconhecem a interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais na experiência individual de dor e vieram melhorar a compreensão do fenómeno da dor, bem como a capacidade de a avaliar e intervir eficazmente no seu controlo.

Os conceitos propostos pelos modelos multidimensionais da dor estão subjacentes à definição de dor da IASP inicialmente referida (Moayedi & Davis, 2013).

Considera-se hoje, graças aos avanços da investigação na área da dor, que a dor é uma experiência única, individual, subjetiva, complexa, multidimensional, determinada pelas experiências pessoais anteriores, pelo significado que cada indivíduo atribui à situação e padronizada por valores culturais. Desta forma, reconhecem-se na dor seis dimensões (Batalha, 2016): sensorial (caracteriza o local, intensidade e qualidade da dor); fisiológica (engloba os aspetos físicos, neurológicos e bioquímicos como a transdução, transmissão, modulação, perceção, vias de transmissão e tipo de dor); afetiva (inclui as respostas emocionais como a ansiedade, angústia, irritabilidade, agitação, raiva, depressão, sofrimento, medo e alívio); cognitiva (atribuição de significado, atitudes e convicções acerca da dor e seus tratamentos, preferências, estratégias de *coping*, conhecimentos e limitações inerentes ao desenvolvimento cognitivo); comportamental (expressão facial, vocal, corporal, relação com os outros, alterações do sono, entre outros); sociocultural (fatores ambientais, culturais, espirituais, religiosos, familiares, étnicos, sociais e contextuais).

Esta conceção multidimensional da dor é um desafio para os profissionais de saúde, exigindo uma intervenção individualizada e multimodal na sua avaliação e controlo.

2.2 - A DOR NA MULHER

A pesquisa revela existir maior prevalência de dor entre as mulheres comparativamente com os homens (Fillingim, King, Ribeiro-Dasilva, Rahim-Williams & Riley, 2009; Mogil, 2012; Pierett et al., 2016; Ruau, Liu, Clark, Angst & Butte, 2012). Num estudo sobre prevalência de dor, Gerdle et al. (2008) verificaram que, para dez regiões anatómicas diferentes, uma maior proporção de mulheres relatou dor na semana anterior ao questionário de colheita de dados, sendo também as mulheres significativamente mais propensas a relatar dor crónica generalizada. É também conhecido que a prevalência de condições relacionadas com dor crónica é maior em mulheres do que em homens (Fillingim et al., 2009; Mogil, 2012).

Relativamente à DAPO, existem estudos que comparam os níveis de dor pós-operatória em mulheres e homens. Os resultados têm sido inconsistentes; alguns estudos registaram dor mais intensa entre as mulheres (Rosseland & Stubhang, 2004; Taenzer, Clark & Curry, 2000), outros encontraram dor mais intensa entre os homens (Chia et al., 2002) e

outros não encontraram diferenças (Vetthus, Berhane, Soreide & Sondena, 2005). No geral, contudo, a tendência é para maior incidência de DAPO em mulheres (Bartley & Fillingim, 2013).

Será a dor um fenômeno percebido e experienciado de diferente forma entre homens e mulheres? Nas últimas duas décadas, as questões acerca da prevalência da dor, dos mecanismos envolvidos na nociceção e da eficácia analgésica nos diferentes sexos/gêneros têm sido objeto de estudo de diferentes investigadores. Alguns desses estudos têm encontrado resultados que indicam existir menor limiar de dor, menor tolerância à dor e maior dor evocada em mulheres em comparação com os homens (Fillingim, 2000). Mas, tratar-se-á de maior sensibilidade à dor ou de maior acuidade na percepção do estímulo doloroso?

Retomemos a concepção multidimensional da dor e a definição da IASP, que considera a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável (Hadjistavropoulos & Craig, 2004; Merskey & Bogduk, 1994). Relembrando o conceito de nociceção, esta engloba um conjunto de processos, desde a ativação periférica dos nociceptores por estímulos nódicos e a sua transformação em impulsos elétricos que vão propagar-se através do SNC e ser modulados, até, por fim, integrando as características psicossociais de cada pessoa, originar a percepção e a experiência individual e subjetiva de dor de cada indivíduo.

Tal como na dor, as diferenças entre sexos/gêneros, no que diz respeito a outras experiências sensoriais, tem sido objeto de investigação, variando os resultados com os estudos, mas quando significativas, as mulheres evidenciam maior acuidade sensorial do que os homens (Abramov, Gordon, Feldman & Chavarga, 2012). Foi demonstrado, por exemplo e a título de curiosidade, que as mulheres têm maior acuidade olfativa e gustativa, bem como melhor discriminação tátil do que os homens (Hashmi & Davis, 2014). Existem estudos que verificaram que as mulheres fazem melhor distinção visual das cores e das variações de tonalidade dentro do espectro de cores, o que deverá relacionar-se com os achados de estudos de genética molecular, que sugerem que uma significativa proporção de mulheres possui mais classes de fotopigmentos na retina do que os homens (Jameson, Highnote & Wasserman, 2001).

Em estudos sobre a dinâmica da dor, utilizando estímulos térmicos, Hashmi e Davis (2014) concluíram que as mulheres são mais responsivas a estímulos nódicos dinâmicos ou que mudam rapidamente, verificando-se que relataram mais dor durante a fase dinâmica da estimulação, que coincide com o início do estímulo e aumento da sua intensidade. Por outro lado, estes investigadores verificaram que as mulheres apresentam maior adaptação a

estímulos nócicos sustentados e repetidos ao longo do tempo. Assim, estes dados sugerem que, embora as mulheres possam ter limiares de dor inferiores, parecem possuir mecanismos para modular e lidar com a dor ao longo do tempo de forma mais eficaz, quando comparadas com os homens. Outra explicação encontrada por estes autores para justificar a variabilidade de género na perceção da dor está relacionada com a resposta ao estímulo nócico e o tipo de fibras nociceptivas envolvidas na sua deteção. Para certos estímulos nociceptivos, as mulheres percebem a dor através da ativação periférica de nociceptores de fibra A δ , que detetam estímulos que provocam uma dor aguda imediata, enquanto nos homens, esse processo de transdução dos estímulos decorre da ativação de fibras C, de condução mais lenta.

Apesar de a etiologia específica subjacente às diferenças de género na dor ser ainda desconhecida, as evidências existentes parecem indicar que uma interação entre processos biológicos, psicológicos e socioculturais contribui para essas diferenças (Bartley & Fillingim, 2013; Fillingim et al., 2009; Mogil, 2012). Entre os mecanismos biológicos, destaca-se o papel do genótipo e o funcionamento do sistema opióide endógeno, bem como a ação de hormonas sexuais que influenciam a sensibilidade à dor. Entre os mecanismos psicossociais, de salientar as estratégias de *coping* face à dor, a catastrofização, bem como papéis sexuais estereotipados que podem contribuir para diferenças na expressão da dor.

A influência de hormonas sexuais representa uma fonte significativa de variabilidade na dor relatada, que, provavelmente, afeta mulheres e homens de forma diferente, o que, para Mogil (2012), não é surpreendente, dada a distribuição de recetores de hormonas sexuais em áreas do sistema nervoso periférico e central, relacionadas com a nociceção. Embora os efeitos dos estrogénios e da progesterona na modulação da dor sejam complexos - ambos têm efeitos pronociceptivos e antinociceptivos -, a testosterona parece ser mais antinociceptiva. De acordo com Bartley e Fillingim (2013), a maioria das pesquisas para estudar os efeitos das hormonas sexuais na dor demonstrou existir exacerbação de quadros dolorosos durante o ciclo menstrual, com aumento da sensibilidade a estímulos dolorosos durante a fase lútea em relação à fase folicular. Também Iacovides, Avidon e Baker (2015) referem que várias condições clínicas de dor evidenciam variação na gravidade dos sintomas ao longo do ciclo menstrual, não existindo ainda consenso sobre se o ciclo menstrual influencia a sensibilidade à dor em mulheres saudáveis. Numa meta-análise de estudos recentes, estes autores concluíram que a fase do ciclo menstrual não tem efeito sobre a perceção da dor em mulheres saudáveis e sem dor, ressalvando, todavia, que a interação entre as hormonas sexuais e a perceção da dor é complexa e ainda não totalmente compreendida.

As hormonas sexuais podem também exercer influência sobre o sistema opióide endógeno. Verificou-se a existência de diferenças entre mulheres e homens relativamente à ativação de recetores cerebrais opióides (Zubieta et al., 2002). Foi demonstrado que mulheres com elevados níveis de estradiol, um dos tipos de estrogénio, e baixos níveis de progesterona manifestam diminuição da sensibilidade à dor e aumento da atividade dos recetores opióides cerebrais, comparativamente a mulheres com níveis de estradiol mais baixos, estando a diminuição da neurotransmissão endógena de opióides associada a baixos níveis de estradiol. Estes dados sugerem que a relação entre a produção de hormonas sexuais e o sistema opióide endógeno pode ser um fator importante como determinante nas diferenças de sensibilidade à dor baseadas na diferença de género (Smith et al., 2006).

Relativamente aos mecanismos psicossociais, as evidências existentes sugerem que tenham um papel importante nas diferenças de género na experiência de dor (Bartley & Fillingim, 2013; Mogil, 2012; Pieretti et al., 2016). Quanto aos mecanismos psicológicos, é referido na literatura que as diferenças entre os sexos, masculino e feminino, na dor podem estar relacionadas com diferenças em estados e estratégias psicológicas que modulam a experiência de dor, tais como o medo, o afeto negativo, a ansiedade, o *coping* (Mogil, 2012), a catastrofização e a autoeficácia (Bartley & Fillingim, 2013; Mogil, 2012), e que podem assumir características e manifestações diferentes entre homens e mulheres. Como referido anteriormente, a catastrofização é uma resposta cognitivo-afetiva à dor, que envolve a exacerbação e ruminação acerca da ameaça da dor, bem como sentimentos de pessimismo relativamente à capacidade para lidar com a dor. A pesquisa tem demonstrado que a catastrofização está associada à dor, quer aguda quer crónica (Bartley & Fillingim, 2013; Khan et al., 2011; Kremer et al., 2013, Quartana et al., 2009; Sullivan et al., 1995), e que as mulheres catastrofizam mais a dor do que os homens (Bartley & Fillingim, 2013; Pieretti et al., 2016).

No que diz respeito a mecanismos socioculturais, subjacentes a diferenças de género, na dor e analgesia, elas relacionam-se, de acordo com a literatura consultada, com diferenças socioculturais entre mulheres e homens, incluindo diferenças nos papéis de género e expectativas acerca desses mesmos papéis (Mogil, 2012).

Bartley e Fillingim (2013) referem os estereótipos socioculturais sobre feminilidade e masculinidade como um determinante das respostas de dor nos diferentes sexos, sendo a expressão de dor geralmente mais aceite socialmente no sexo feminino, o que pode levar a que a dor seja mais relatada pelas mulheres. Estes autores referem um estudo desenvolvido

por Robinson, Gagnon, Riley e Price (2003), sobre os papéis de gênero e as expectativas de dor, em que os participantes de ambos os sexos acreditavam que os homens são menos suscetíveis a relatar dor do que as mulheres, sendo que tal expectativa de papel de gênero pode contribuir para as diferenças entre os sexos em estudos experimentais de sensibilidade à dor. Também Hashmi e Davis (2014) salientam que certas crenças culturais sustentam que os homens são menos sensíveis à dor do que as mulheres e que estas crenças têm perdurado, apesar da evidência de grande variabilidade interindividual, diferenças culturais e complexidade na avaliação da sensibilidade à dor.

As diferenças entre mulheres e homens na resposta ao tratamento da dor também têm sido estudadas. Numa revisão sistemática de estudos, Miaskowski, Gear e Levine (2000) observaram menor consumo pós-operatório de opióides entre as mulheres. Contudo, este resultado pode depender do tipo de procedimento cirúrgico (Chang, Tson, Chan, Sung & Chang, 2006) ou resultar da maior prevalência de efeitos colaterais em mulheres (Bartley & Fillingim, 2013).

2.3 - FATORES PREDITORES DE DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

A dor é um problema previsível no pós-operatório dos doentes cirúrgicos (Gan, Habib, Miller, White & Apfelbaum, 2003), cuja prevenção e alívio efetivo podem evitar sofrimento desnecessário, melhorar os resultados clínicos, diminuir a morbidade e mortalidade pós-operatórias, economizar recursos de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida (Apfelbaum et al., 2003; Schug, Palmer, Scott, Halliwell & Trinca, 2015).

Como já referido, a definição de dor da IASP considera a dor uma experiência subjetiva, individual e multidimensional, com uma relação variável com o dano real dos tecidos (Merskey & Bogduk, 1994). Flor (2012) afirma que a intensidade da dor e a interferência da dor com as atividades de vida experimentadas por pessoas com lesões físicas similares variam. Da mesma forma, Munafó e Stevansson (2001), referindo-se aos doentes cirúrgicos, enfatizam que doentes submetidos aos mesmos procedimentos cirúrgicos relatam diferentes intensidades de dor e têm diferentes necessidades analgésicas. Também Romão e Santos (2013) mencionam que o mesmo estímulo nocetivo pode desencadear dor de intensidades muito diferentes no mesmo indivíduo, dependendo do seu estado psicológico. Os estados psicológicos podem, pois, exacerbar ou inibir a nociceção e a experiência de dor através de vias modulatórias descendentes (Tracey & Mantyh, 2007).

A dor pós-operatória é uma experiência subjetiva influenciada por fatores clínicos, como o tipo de cirurgia, anestesia e analgesia, mas também por fatores não clínicos (Khan et al., 2011). É conhecido que os fatores psicológicos são determinantes na experiência de dor (Khan et al., 2011; Melzack & Casey, 1968; Melzack & Wall, 1965; Munafo & Stevenson, 2001). Dado que é um dos problemas pós-operatórios mais reportados, a identificação precoce de fatores de risco nos doentes cirúrgicos facilitaria a intervenção precoce e melhor gestão da dor (Ip, Abrishami, Peng, Wong & Chung, 2009).

Ip et al. (2009) elaboraram uma revisão sistemática da literatura que identifica fatores de risco preditores de dor pós-operatória e de consumo analgésico. Dos 48 estudos considerados elegíveis para serem incluídos na análise final, quatro fatores emergiram como os mais significativos fatores preditores de dor (dor pré-existente, ansiedade, idade e tipo de cirurgia) e três fatores como preditores significativos do consumo de analgésicos (tipo de cirurgia, idade e angústia psicológica). Estes autores classificaram os fatores preditores em quatro categorias: *i*) fatores demográficos (idade, género, peso, altura, estado físico segundo a classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA), nível educacional); *ii*) fatores psicológicos (ansiedade, catastrofização da dor, personalidade, depressão, uso pré-operatório de psicotrópicos); *iii*) dor pré-operatória (dor pré-existente, consumo de analgésicos, expectativas sobre a dor); *iv*) fatores cirúrgicos (tipo de cirurgia, cirurgia oncológica, duração da cirurgia, informação acerca da cirurgia).

Diversos estudos, alguns realizados com amostras heterogêneas de doentes submetidos a diferentes procedimentos cirúrgicos, outros para um procedimento específico, identificaram a ansiedade, a depressão e as crenças e processos cognitivos, que incluem a catastrofização da dor e o medo da cirurgia, como fatores psicológicos capazes de influenciar a experiência de dor (Nicholas, Linton, Watson & Main, 2011; Papaioannou et al., 2009; Pinto et al., 2012; Pinto, McIntyre, Ferrero, Almeida & Araújo-Soares, 2013; Schug et al., 2015). Numa amostra de mulheres submetidas a histerectomia por causas benignas, foram identificados como fatores de risco para a intensidade da dor: a idade (mulheres mais novas apresentavam maior probabilidade de reportar mais dor), dor prévia (quer relacionada com a cirurgia, quer relacionada com outras causas), ansiedade e catastrofização da dor (Pinto et al., 2012). Neste estudo, os autores concluíram que a ansiedade está associada a cognições negativas acerca da dor que predizem um aumento na perceção de dor pós-operatória, ou seja, a relação entre ansiedade e dor pós-cirúrgica é mediada pela catastrofização da dor.

Tradicionalmente, os principais fatores psicológicos de interesse eram a ansiedade e a depressão, contudo, nas últimas décadas, o papel da catastrofização na predição da DAPO tem sido alvo de diversos estudos (Quartana, Campbell & Edwards, 2009), tornando-se um dos mais importantes preditores psicológicos da dor (Khan et al., 2011; Kremer et al., 2013). Sullivan, Bishop e Pivik (1995) consideraram-na o fator psicológico mais fortemente associado à experiência de dor. Por outro lado, há estudos que não encontraram relação entre a catastrofização da dor e a experiência de dor pós-operatória (Kremer et al., 2013).

A catastrofização da dor é uma resposta cognitivo-afetiva negativa que envolve a exacerbação do valor da ameaça da dor e a generalização do seu impacto negativo, assim como a manifestação de sentimentos de desamparo e pessimismo relativamente à capacidade para lidar com a dor (Pinto et al., 2012; Quartana et al., 2009; Sullivan et al., 1995).

Em síntese, a evidência científica reconhece a existência de diferentes fatores que podem afetar a experiência de DAPO nos doentes cirúrgicos, o que tem implicações importantes para a gestão e controlo dessa dor aguda. No que diz respeito aos fatores psicológicos, diversos estudos têm demonstrado a sua relevância na experiência de dor, sendo, contudo, de referir, conforme observa Schug et al. (2015), que esses fatores preditores de maior intensidade de dor e interferência nas atividades diárias não são universais, havendo variabilidade entre os indivíduos. Os fatores psicológicos que contribuem para a experiência de dor podem ser suscetíveis de gestão e de modificação e, assim, influenciar a vivência individual deste fenómeno pelos doentes (Nicholas et al., 2011).

2.4 - EFEITOS ADVERSOS DA DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

A intervenção cirúrgica produz dano tecidual que provoca dor aguda. O controlo inadequado da dor DAPO pode produzir efeitos adversos a nível fisiológico e psicológico (Brennan, Carr & Cousins, 2007; Schug et al., 2015; Veal, Bereznicki, Thomson, Peterson & Orlikowski, 2015).

Tal como a cirurgia, a dor aguda é um dos principais fatores desencadeadores da resposta de stresse, também designada como resposta orgânica à lesão, que tem como objetivo manter ou restaurar o equilíbrio interno do organismo. Contudo, verifica-se que esta resposta, sobretudo quando intensa e prolongada, tem um efeito contraproducente, afetando negativamente a recuperação do doente (Schug et al., 2015).

A resposta orgânica à lesão engloba componentes de tipo neuroendócrino, metabólico, humoral e imune que vão desencadear diversas alterações fisiológicas, originando inflamação, hiperalgesia, hiperglicemia, catabolismo proteico, lipólise e alterações hidroeletrólíticas (Schug et al., 2015). Além disso, o aumento da atividade do sistema nervoso simpático que a dor aguda provoca tem efeitos diversos nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, imunológico e mesmo na coagulação (Prabhakar et al., 2014). A nível cardiovascular, verifica-se o aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, assim como redução do aporte de oxigénio ao miocárdio, o que agrava o risco de isquemia miocárdica, especialmente em doentes com patologia cardíaca pré-existente. A redução da motilidade gastrointestinal contribui para o desenvolvimento de íleo paralítico. A resposta à lesão também contribui para um estado de hipercoagulabilidade após a cirurgia e para a diminuição da função imunológica, o que pode contribuir para a ocorrência de complicações pós-operatórias como tromboembolismo e o atraso na cicatrização da ferida cirúrgica (Vadivelu, Mitra & Narayan, 2010).

A dor pós-operatória intensa pode ser responsável pelo aumento da incidência de complicações respiratórias como, por exemplo, a formação de atelectasias pulmonares, especialmente após cirurgia torácica e do andar superior do abdómen, uma vez que dificulta a tosse e pode contribuir para a redução da capacidade residual funcional e para padrões respiratórios ineficazes (Schug et al., 2015).

Em termos psíquicos, o tratamento ineficaz da dor aguda pode ocasionar diferentes efeitos adversos. As alterações psicológicas associadas à dor aguda têm sido alvo de menor atenção do que as associadas à dor crónica, porém não são menos importantes (Brennan et al., 2007). O controlo inadequado da dor aguda pode resultar no aumento da ansiedade, perturbações do sono, desmoralização, sensação de desamparo, perda do autocontrolo e incapacidade de interagir com os outros. A má gestão da dor aguda aumenta o tempo de recobro e recuperação funcional do doente bem como a duração do internamento hospitalar (Romão & Santos, 2013).

Existe evidência científica que sustenta a associação entre a intensidade da dor aguda e o risco de desenvolvimento de dor crónica em vários grupos de doentes, designadamente os doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos. Também se verifica que a intensidade da dor pós-operatória é um fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica (Romão & Santos, 2013).

As respostas psicológicas na fase aguda podem mesmo ser determinantes da progressão para dor crónica (Young Casey, Greenberg, Nicassio, Harpin & Hubbard, 2008).

A magnitude da resposta orgânica à lesão está diretamente relacionada com a intensidade e duração do estímulo que a desencadeou. Deste modo, apesar de a dor ser apenas um dos estímulos capazes de a desencadear, o seu tratamento eficaz pode ter um impacto significativo no processo de resposta à lesão (Schug et al., 2015). Os doentes mais jovens, os mais idosos, aqueles que apresentam comorbilidades e os submetidos a cirurgia *major* são os que têm maior risco de desenvolver complicações relacionadas com o controlo inadequado da dor aguda (Romão & Santos, 2013).

Concluindo, a resposta de stresse despoletada como resultado da dor e de trauma associado à cirurgia é uma resposta fisiológica, que tem como objetivo restaurar a homeostase do organismo, mas, quando intensa e prolongada, pode ter efeitos nefastos, que podem condicionar o aparecimento de complicações pós-operatórias e dificultar a recuperação do doente. Limitar esses efeitos através de um controlo adequado da dor contribui para uma melhor recuperação. Além de técnicas analgésicas farmacológicas, o recurso complementar a intervenções não farmacológicas também tem interesse na diminuição das alterações fisiológicas induzidas pela dor (Koenig, Jarczok, Ellis, Hillecke & Thayer, 2014).

2.4.1 - Dor crónica pós-operatória

A dor crónica, independentemente da sua causa, é um importante problema de saúde, como é também um problema socioeconómico (Lavand´homme, 2017). Estudos prospetivos têm concluído que o desenvolvimento de dor crónica, após a realização de uma cirurgia, é um problema frequente (Althaus et al., 2012; Chan, Wan, Gin, Leslie & Myles, 2011; Macrae, 2008; Niraj & Rowbotham, 2011). Apesar dos avanços, quer nos conhecimentos sobre mecanismos fisiopatológicos e controlo da dor aguda, quer nas técnicas cirúrgicas, a prevalência de dor crónica pós-operatória (DCPO) tem-se mantido ao longo dos últimos anos (Lavand´homme, 2017; Schug & Bruce, 2017). Anwar e O’Brien (2017) consideram-na mesmo a complicação mais frequente pós-cirurgia. Estes factos levaram a IASP, conjuntamente com a Organização Mundial de Saúde, a considerar a DCPO uma prioridade de saúde (Treede et al., 2015), tendo sido uma das entidades incluídas na nova Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 11), lançada em junho de 2018.

A incidência de DCPO varia com o tipo de cirurgia (Schug et al., 2015), sendo mais prevalente após cirurgias em que é inevitável a lesão nervosa ou nos casos em que a região intervencionada é muito inervada (Macrae, 2008). Ocorre, quer após cirurgias *minor*, quer após cirurgias *major* (Simanski et al., 2014). Os dados encontrados na pesquisa bibliográfica são variáveis, refletindo provavelmente as diferenças nos desenhos de estudo, amostras selecionadas e operacionalização das variáveis. Num estudo prospectivo realizado na Noruega, Johansen, Romundstad, Nielsen, Schirmer e Stubhaug (2012) encontraram uma prevalência de dor na área anatômica da cirurgia de 40,4%, sendo moderada a severa em 18,3% dos participantes no estudo. Duale, Ouchchane, Schoeffler e Dubray (2014), num estudo com doentes submetidos a diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos eletivos, encontraram, seis meses após a cirurgia, uma incidência de DCPO que variou entre 3,2% e 37,1%. Fletcher et al. (2015), num estudo realizado em 21 hospitais de 11 países europeus, que incluiu procedimentos cirúrgicos do âmbito da cirurgia geral, ginecologia, urologia, ortopedia e cirurgia torácica, encontraram, um ano após a cirurgia, uma incidência de DCPO moderada (intensidade de dor superior ou igual a 3 e inferior a 6, na escala numérica de 0 a 10) de 11,8% e de dor severa (intensidade de dor superior ou igual a 6) de 2,2%. Em 35,4% a 57,1% dos doentes foram encontradas evidências de dor neuropática.

Macrae (2001) foi quem primeiramente definiu a DCPO como dor que se desenvolve após um procedimento cirúrgico e que persiste pelo menos dois meses (o tempo médio esperado para o processo de cicatrização) após a sua realização, devendo ser excluídas outras causas para a dor, tais como infecção, malignidade, dor pré-existente, bem como a exacerbação de um problema de saúde prévio que possa ser causa da dor. Mais recentemente, a CID - 11 define a DCPO como dor que se desenvolve após um procedimento cirúrgico e persiste pelo menos três meses após a cirurgia, excluindo as outras causas de dor também referidas por Macrae (Treede et al., 2015).

A DCPO pode persistir como um *continuum* da DAPO ou pode surgir após um período de tempo sem dor; pode ser localizada na pele ou em tecidos profundos da região anatômica da cirurgia; pode ter características víscero-somáticas ou estar relacionada com o trajeto anatômico de um nervo lesionado durante a cirurgia (Schug et al., 2015). Frequentemente é neuropática (Chan et al., 2011; Johansen, Schirmer, Stubhang & Nielsen, 2014; Macrae, 2008), verificando-se que a dor que inclui uma componente neuropática é geralmente mais grave e afeta mais negativamente a qualidade de vida do que a dor nocicetiva (Treede et al., 2015). Por ser frequentemente neuropática, os descritores verbais de dor que os

doentes regularmente referem são dormência, formigueiro, picada, calor, queimadura, choque elétrico (Vandenkerkhof, Peters & Bruce, 2013).

Os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento de DCPO relacionam-se provavelmente com processos de sensibilização periférica e central (Lavand´homme, 2011). A aplicação de um estímulo cirúrgico intenso e a manutenção de estímulos nociceptivos relacionados com dor mal controlada no pós-operatório são fatores de risco para a progressão de dor aguda para crónica (Schug et al., 2015).

A investigação nesta área tem permitido identificar fatores preditores para o desenvolvimento de DCPO. Fundamentando a etiologia da dor crónica no modelo biopsicossocial, Hinrichs-Rocker et al. (2009) classificam estes fatores como clínicos, psicológicos e sociais. Schug e Bruce (2017) classificam os fatores de risco para DCPO, com base na sua relação com o tempo cirúrgico, em fatores pré-operatórios, intra-operatórios e pós-operatórios e, com base na sua natureza multidimensional, em seis domínios, que incluem fatores demográficos (idade mais jovem, género feminino), fatores psicológicos (stresse, ansiedade, depressão, vulnerabilidade psicológica, catastrofização, fracas estratégias de *coping*), fatores clínicos (número e severidade de comorbilidades, realização de quimioterapia ou radioterapia), fatores cirúrgicos (tipo de cirurgia, lesão de nervos, duração da cirurgia, reintervenções), história de dor (dor pré-existente na região do corpo que vai ser intervencionada, dor pré-existente em qualquer localização, uso prévio de opióides, intensidade da DAPO, dor aguda com características neuropáticas) e predisposição genética.

Schug et al. (2015), com base nos resultados de diferentes estudos prospetivos, referem que a intensidade da DAPO é um preditor consistente de DCPO, o que foi demonstrado para diferentes procedimentos, tais como cirurgia torácica, cirurgia da mama, cirurgia ginecológica, cesariana, artroplastia da anca, amputação de membros inferiores e hernioplastia inguinal.

Vandenkerkhof et al. (2012), num estudo sobre fatores preditores de DCPO em mulheres após cirurgia ginecológica, identificaram como fatores de risco a dor pré-existente (dor pélvica e dor noutras localizações), ansiedade e intensidade de DAPO (moderada/severa). Relativamente à incidência de DCPO, encontraram uma incidência de dor de 14%, sendo que, em 12%, a dor interferia com as atividades de vida.

Reconhecendo a importância deste problema, torna-se imperativo para os profissionais de saúde investir na implementação de medidas que possam promover a sua prevenção.

Apesar de serem ainda necessários estudos que permitam compreender melhor os mecanismos responsáveis pela progressão para DCPO, a evidência científica existente sugere que a estratégia mais efetiva para a sua prevenção inclui o controlo adequado e individualizado da DAPO, a utilização de técnicas cirúrgicas que minimizem o risco de lesão de nervos periféricos e o recurso a intervenções que otimizem o estado psicológico dos doentes (Schug et al., 2015).

Relativamente à gestão e controlo da DAPO, Lavand´homme (2017) considera que, apesar dos progressos, continua sub-otimizada, tendo este facto implicações importantes porque o seu controlo inadequado é um importante fator de risco para o desenvolvimento de dor crónica após a cirurgia.

3 - ANALGESIA DO PÓS-OPERATÓRIO

Durante a última década do século XX e início do século XXI, o controlo eficaz da dor pós-operatória tornou-se uma parte essencial dos cuidados perioperatórios, uma vez que a evidência científica, resultante da investigação efetuada nesta área, mostrava que o seu controlo adequado, a par de outras medidas, como a mobilização e nutrição precoces, aumenta o conforto e a satisfação dos doentes, contribuindo também para a diminuição da morbilidade pós-operatória e, em alguns casos, para a diminuição do tempo de internamento hospitalar (Werner, Soholm, Rotboll-Nielsen & Kehlet, 2002; Zaragoza García, Landa García, Larraínzar Garijo, Moñino Ruiz & Torre Liébana, 2005).

Os pioneiros na organização da atuação analgésica no pós-operatório foram o alemão C. Maier e o norte-americano B. Ready que, na década de 80, defenderam a ideia de que tão ou mais importante do que qualquer terapêutica são as condições de organização e vigilância em que se tratam os doentes no pós-operatório (Caseiro, 2004; Ready et al., 1988). Neste contexto, desenvolveram-se dois modelos de organização da analgesia do pós-operatório, o modelo americano ou *anesthesiologist based* e o modelo europeu ou *nurse based*, que apresentam entre si diferenças funcionais e organizativas, bem como diferentes impactos económicos (Breivik, 2002; Zaragoza García et al., 2005).

O modelo americano de Unidade de Dor Aguda (UDA) consiste numa abordagem elitista, dirigida a doentes selecionados, nos quais a agressividade cirúrgica requeira tratamentos farmacológicos não convencionais, utilizando apenas técnicas específicas para analgesia - via epidural e analgesia controlada pelo paciente (PCA) - e com *staff* clínico em dedicação exclusiva a esta função. Por sua vez, o modelo europeu é universal, dirigido a todos os doentes operados, independentemente de serem utilizadas técnicas analgésicas convencionais ou não convencionais, e tendo como *pivot* o enfermeiro (Breivik, 2002; Caseiro, 2004; Rawal & Berggren, 1994; Saraiva, 2008).

Em Portugal, no final dos anos 90, a DGS reconheceu a importância do controlo da dor e a necessidade de melhorar a sua abordagem. Da cooperação conjunta com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor resultou o primeiro documento estratégico - o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) -, aprovado por despacho ministerial em 26 de março de 2001 (DGS, 2001), o que, em termos governamentais, constituiu uma ação pioneira e inovadora a nível internacional (DGS, 2012). O PNLCD reunia um conjunto de

recomendações e orientações estratégicas para uma correta abordagem de todas as modalidades de dor, incluindo o controlo da dor aguda no período perioperatório, e reconhecia ser um imperativo ético e até mesmo uma prioridade que, durante este período, principalmente no pós-operatório, fosse proporcionado aos doentes cirúrgicos um maior alívio da dor. O documento referia que a analgesia de pós-operatório deveria assentar num conceito de planeamento integrado e desenvolver-se de uma forma organizada, nos moldes das unidades funcionais de dor aguda de modelo europeu (DGS, 2001).

No percurso do reconhecimento da dor como uma prioridade, no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, de referir, em termos normativos, a publicação da Circular Normativa N.º 09/DGCG, que passou a instituir a dor como 5º sinal vital (DGS, 2003), o que levou a que passasse a ter expressão formal e regular nos padrões de documentação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008). Também, em 2012, a Norma 003/2012 determina que, nos hospitais do sistema de saúde português, exista uma UDA que promova a prestação de cuidados individualizados no âmbito da DAPO, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, trauma e patologias médicas aos doentes da unidade hospitalar que deles necessitem (DGS, 2012). De acordo com esta norma, o modelo organizativo a adotar pelas unidades hospitalares pode ser ajustável às suas características e grau de diferenciação e especificidades dos doentes que cuida, devendo ser alicerçada no trabalho de uma equipa multidisciplinar com formação e experiência na abordagem da dor aguda, sob a coordenação de um médico, preferencialmente anestesiológico, e assente nos seguintes requisitos: *i*) uso de escalas de avaliação da intensidade da dor e métodos adequados ao seu registo no processo clínico, assim como efeitos secundários e complicações relacionadas com a terapêutica da dor aguda; *ii*) elaboração de protocolos de atuação clínica relativos à abordagem da dor aguda; *iii*) capacidade de orientação e intervenção terapêutica 24 horas por dia; *iv*) realização de programas de formação a todos os profissionais de saúde envolvidos na abordagem da dor aguda; *v*) informação aos doentes e/ou cuidadores relativamente à dor e seu tratamento; *vi*) avaliação da qualidade dos serviços, através da implementação de programas de auditoria regulares e sistemáticos, utilizando indicadores representativos da atividade assistencial, entre eles e a destacar, no âmbito deste estudo, a eficácia da abordagem da DAPO (percentagem de doentes sem dor ou com dor ligeira em repouso e percentagem de doentes com dor associada ao movimento).

Uma das orientações do PNLCD (e de documentos posteriores que lhe deram continuidade) diz respeito à necessidade de se efetuar a colheita de dados para monitorização da eficácia e adequação da gestão e controlo da dor.

3.1 - PROTOCOLOS DE ANALGESIA

O PNLCD (DGS, 2001) recomendava atuações protocoladas, tanto relativamente a terapêuticas como aos cuidados a prestar aos doentes submetidos a cirurgia. Caseiro (2004) afirma que os protocolos de analgesia são um instrumento de garantia das condições de segurança dos doentes e da eficácia das terapêuticas utilizadas. Garcia (2006) refere os protocolos utilizados na abordagem da DAPO como poderosos elementos de eficácia, segurança, formação e qualidade, na medida em que: *i*) traduzem a evidência cientificamente validada na escolha dos fármacos que contemplam; *ii*) constituem uma forma organizada de transmissão das indicações mais relevantes da intervenção analgésica no pós-operatório; *iii*) ajudam a uniformizar procedimentos que permitem o desenvolvimento de competências em gestão da analgesia pós-operatória, por parte dos profissionais de saúde envolvidos, aumentando simultaneamente a eficiência e segurança para o doente; *iv*) servem de divulgação à boa prática de prescrição analgésica, contribuindo para a formação dos profissionais envolvidos; *v*) evidenciam organização na abordagem da dor aguda.

A elaboração de protocolos institucionais baseia-se nas *guidelines* internacionais, que reúnem as melhores evidências científicas em dor aguda e são publicadas por reconhecidas e prestigiadas associações científicas, com destaque para a American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management e o Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Esses protocolos têm também em consideração a realidade de cada instituição, relativamente a recursos humanos e materiais disponíveis, tipo de doentes e cirurgias efetuadas (Garcia, 2006).

A intensidade e duração da dor provocada pela agressão cirúrgica, bem como a sua interferência com o bem-estar e as atividades de vida do doente, dependem do tipo de cirurgia realizada. Consequentemente, o protocolo de analgesia pós-operatória prescrito deverá estar correlacionado com o tipo de procedimento cirúrgico a que o doente foi submetido (Joshi & Kehlet, 2013), o que condiciona a sua eficácia (Gray, Kehlet, Bonnet & Rawal, 2005).

Os protocolos de analgesia incluem diferentes elementos, tais como a sua denominação (e.g., protocolo de dor ligeira, dor moderada ou dor intensa), a prescrição de

analgesia de base, analgesia de resgate e indicação das atitudes a tomar, para gestão de possíveis efeitos adversos e complicações. A prescrição de analgésicos de resgate é obrigatória em qualquer protocolo, de forma a permitir ao enfermeiro que cuida do doente a possibilidade de intervir imediatamente perante situações de insuficiência analgésica (Caseiro, 2004). É também importante que a administração de analgesia de resgate seja registada, pois estes registos serão úteis para garantir a continuidade de cuidados e para ponderar eventuais necessidades de alteração da analgesia de base (Garcia, 2006). O mesmo procedimento é importante relativamente a efeitos secundários e complicações da terapêutica analgésica. Estes podem incluir a dor, náuseas e vómitos, excesso de sedação ou presença de agitação, problemas hemodinâmicos (como a bradicardia e a hipotensão), problemas respiratórios (como a bradipneia e a depressão respiratória), obstipação, retenção urinária, prurido e parestesias (Caseiro, 2004; Garcia, 2006).

É recomendável a aplicação dos princípios da analgesia multimodal (DGS, 2001; Schug et al., 2015), estratégia analgésica diversificada a aplicar ao longo de todo o período perioperatório e que consiste na utilização de fármacos de grupos diferentes capazes de atuar seletivamente nos diferentes processos envolvidos na nociceção, uma vez que, para cada um destes processos, existem fármacos de atuação preferencial (Caseiro, 2004; Garcia, 2006; Schug et al., 2015). Deste modo, em diferentes combinações, são utilizados o paracetamol, anti-inflamatórios não esteróides, anestésicos locais e opióides. Os anti-inflamatórios não esteróides são fármacos que interferem na transdução dos estímulos nociceptivos; os anestésicos locais bloqueiam a transmissão dos impulsos elétricos ao nível do sistema nervoso periférico e central; o paracetamol intervém a nível central, na modulação descendente; os opióides atuam na modulação cerebral e na perceção. Evitam-se, assim, as monoterapias que, geralmente, não conseguem suprir as necessidades analgésicas dos doentes cirúrgicos (Caseiro, 2004).

Relativamente ao método de administração de fármacos, a analgesia pós-operatória pode considerar-se convencional ou não convencional (Caseiro, 2004). Nos métodos convencionais, incluem-se todas as vias de administração comuns, enquanto que nos não convencionais se aplicam as técnicas analgésicas regionais, como a via epidural e as que implicam a preparação e programação de dispositivos infusores tais como os *Drug Infusion Ballon* (DIB), ou balões elastoméricos de medicação, e os dispositivos de Analgesia Controlada pelo Paciente (PCA).

3.2 - O ENFERMEIRO, ELEMENTO DE REFERÊNCIA DAS UNIDADES DE DOR AGUDA

Como foi anteriormente referido, o modelo europeu de UDA é denominado de *nurse based*, por ter como elemento de referência o enfermeiro. Caseiro (2004) realça a importância do desempenho da equipa de enfermagem na totalidade da problemática do doente cirúrgico, o que inclui a avaliação da dor e da eficácia analgésica. Neste contexto, cabe ao enfermeiro tornar a dor visível, através da respetiva e adequada avaliação. Deverá, pois, avaliar o efeito das medidas de tratamento da dor implementadas (farmacológicas e não farmacológicas), atuar em conformidade com os protocolos analgésicos, garantir a continuidade das terapêuticas, fazer registos de vigilância relacionados com as estratégias terapêuticas implementadas e promover o ensino acerca da dor.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor inclui, efetivamente, a avaliação, o controlo e o ensino (OE, 2008). A avaliação é fundamental e consiste na caracterização da experiência de dor, através de um processo de comunicação com o doente - a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor (OE, 2008) - e de colheita de dados, no seu conjunto designados como história de dor, que permitem identificar e quantificar a dor, formular diagnósticos e planear os cuidados (Batalha, 2016). A experiência de dor reveste-se de um carácter pessoal e subjetivo que o profissional de saúde deve reconhecer e aceitar - acreditar sempre na pessoa que sente dor - privilegiando o autorrelato sempre que a pessoa possua capacidades de comunicação e funções cognitivas preservadas (OE, 2008). McCaffery e Pasero (1999) enfatizaram o carácter pessoal da experiência de dor e a importância do autorrelato, referindo que a dor é aquilo que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe. Na história de dor, consideram-se os seguintes parâmetros: *i*) características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência); *ii*) sintomas associados; *iii*) fatores de alívio e de agravamento; *iv*) utilização e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; *v*) implicações da dor nas atividades da vida diária; *vi*) formas de comunicar e expressar a dor; *vii*) estratégias de *coping*; *viii*) impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor (OE, 2008).

Ao quantificar a intensidade da dor, está a considerar-se apenas um aspeto particular da avaliação da dor, relacionado com a sua dimensão sensorial, mas que, embora seja apenas um dos parâmetros a considerar numa avaliação completa da dor, é um parâmetro chave, pois a orientação do tratamento em termos de controlo da dor é feita de acordo com a evolução da intensidade da dor (Batalha, 2016; DGS, 2003). A avaliação da intensidade da dor é efetuada

através da utilização de escalas validadas (DGS, 2003; OE, 2008). Embora a escala de referência na avaliação da dor seja a escala visual analógica (EVA) (Batalha, 2016; OE, 2008), nos doentes cirúrgicos nem sempre é de fácil aplicação, o que justifica o recurso muito frequente à escala numérica (EN) (Caseiro, 2004). A EVA e a EN adequam-se e são igualmente sensíveis na avaliação da DAPO, sendo ambas superiores a uma escala categórica qualitativa (Breivik et al., 2008).

Para se poder fazer uma correta avaliação da dor, é fundamental a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente (DGS, 2003), o que implica a padronização da escala a utilizar e o ensino prévio à sua utilização. O ensino envolve a pessoa na avaliação e no controlo da sua dor, o que respeita o princípio ético da autonomia (OE, 2008). Desta forma, o enfermeiro deve realizar ensino acerca da dor, medidas de controlo (farmacológicas e não farmacológicas), efeitos colaterais da terapêutica analgésica e suas medidas de controlo.

Concluindo, a organização da analgesia pós-operatória assume enorme importância no que à gestão e controlo da dor diz respeito, promovendo, através da articulação de uma equipa multidisciplinar, a humanização e a qualidade dos cuidados prestados. Apesar da criação de serviços dedicados à dor, a sua gestão e controlo adequado continuam a ser um desafio para as organizações e profissionais de saúde (Khan et al., 2011; Kuusniemi & Pöyhiä, 2016). Também Gan, Habib, Miller, White e Apfelbaum (2013) afirmam que, apesar de uma maior consciencialização sobre a problemática da dor e os avanços na sua abordagem ao longo das duas últimas décadas, a melhoria na analgesia pós-operatória ainda não é a pretendida, verificando-se que a maioria dos doentes continua a sentir dor significativa após a cirurgia. Deste modo, a analgesia pós-operatória continua a ser um desafio para os profissionais de saúde.

II PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

1 - METODOLOGIA

Na fase metodológica, o investigador define o tipo de investigação, as variáveis e a sua operacionalização, o processo de amostragem e de colheita de dados, bem como as medidas estatísticas a utilizar para obter resposta às questões de investigação ou verificar as hipóteses (Fortin, Côté & Filion, 2009). Neste capítulo, pretende-se apresentar os aspetos relacionados com a metodologia utilizada ao longo da investigação, fazendo referência aos métodos, participantes, instrumento de colheita de dados bem como procedimentos inerentes à sua construção e aplicação, procedimentos éticos e, finalmente, os procedimentos estatísticos realizados.

1.1 - MÉTODOS

A definição do problema de investigação constitui o ponto de partida para a realização de um estudo e fornece orientações para o desenvolvimento de todo o processo de investigação (Fortin et al., 2009).

Deste modo, delimitou-se um problema a investigar, em função do qual se definiram os objetivos. Para sustentar teoricamente a problemática, recorreu-se, naturalmente, a uma revisão integrativa da literatura.

Apesar dos consideráveis avanços alcançados ao longo dos últimos anos no âmbito do controlo da DAPO, o fenómeno da dor permanece um problema significativo e com consequências adversas para doentes, profissionais e serviços de saúde. Como vimos anteriormente, há autores que em diferentes estudos e revisões sistemáticas têm encontrado incidências de dor pós-operatória que não são desprezíveis. Por exemplo, Sangesland et al. (2017) referem que a dor após cirurgia não é incomum, com 30% dos doentes a reportarem dor moderada a severa. A IASP também continua a valorizar o investimento nesta área, pelo que, ainda recentemente, o ano de 2017 foi declarado como Ano Global da Luta Contra a Dor Pós-Cirúrgica.

Uma questão decorrente da prática clínica que se nos colocava, relacionava-se com a experiência da dor nos diferentes sexos e em diferentes especialidades cirúrgicas, tendo encontrado na revisão bibliográfica estudos que revelam que esta temática tem sido alvo de interesse de diferentes investigadores ao longo das últimas duas décadas. Neste contexto,

consideramos importante desenvolver um estudo centrado na temática da dor pós-operatória que, por um lado, avaliasse a dor e a eficácia dos protocolos analgésicos implementados no período pós-operatório mas que, por outro lado, identificasse também possíveis fatores de risco para dor após a cirurgia em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Esperamos poder contribuir para o aumento do conhecimento acerca da experiência de dor pós-operatória de um segmento específico dos doentes cirúrgicos que são alvo dos cuidados que prestamos - as mulheres submetidas a cirurgia ginecológica.

Neste sentido, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a proporção de doentes submetidas a cirurgia ginecológica que apresentam DAPO nas primeiras 48 horas de pós-operatório?

- Que variáveis influenciam a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica?

No presente trabalho pretendeu-se, como objetivo geral, estudar quais os fatores associados à dor aguda em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Os objetivos específicos são:

- Identificar características da DAPO (intensidade, severidade, interferência funcional da dor) em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

- Identificar e analisar a relação entre variáveis demográficas, clínicas e psicológicas relacionadas com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Segundo Fortin et al. (2009, p. 171), "as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação". Podem ser classificadas em dependentes e independentes, sendo que num estudo se observa o efeito destas últimas sobre as primeiras.

Relativamente às variáveis, consideramos a intensidade, severidade e interferência da DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica como variáveis dependentes. Como variáveis independentes, consideramos variáveis demográficas (idade, paridade e estado menopáusico); variáveis clínicas (*estado clínico prévio* - história de dor pré-operatória, índice de massa corporal (IMC), estado físico ASA; *relacionadas com a intervenção cirúrgica e analgesia* - tipo de anestesia, tipo de intervenção cirúrgica, abordagem cirúrgica, abordagem laparoscópica ou não, tempo de cirurgia, protocolo de analgesia, necessidade de analgesia de resgate) e variáveis psicológicas (ansiedade, depressão, catastrofização da dor).

A Figura 1 traduz a representação esquemática do estudo, ilustrando a relação que se pretendeu estudar entre as variáveis por forma a dar resposta às questões de investigação e objetivos formulados. A operacionalização das variáveis é o procedimento através do qual as variáveis em estudo passam de conceitos a fenómenos mensuráveis (Fortin et al., 2009). A operacionalização das variáveis é apresentada na Tabela 1.

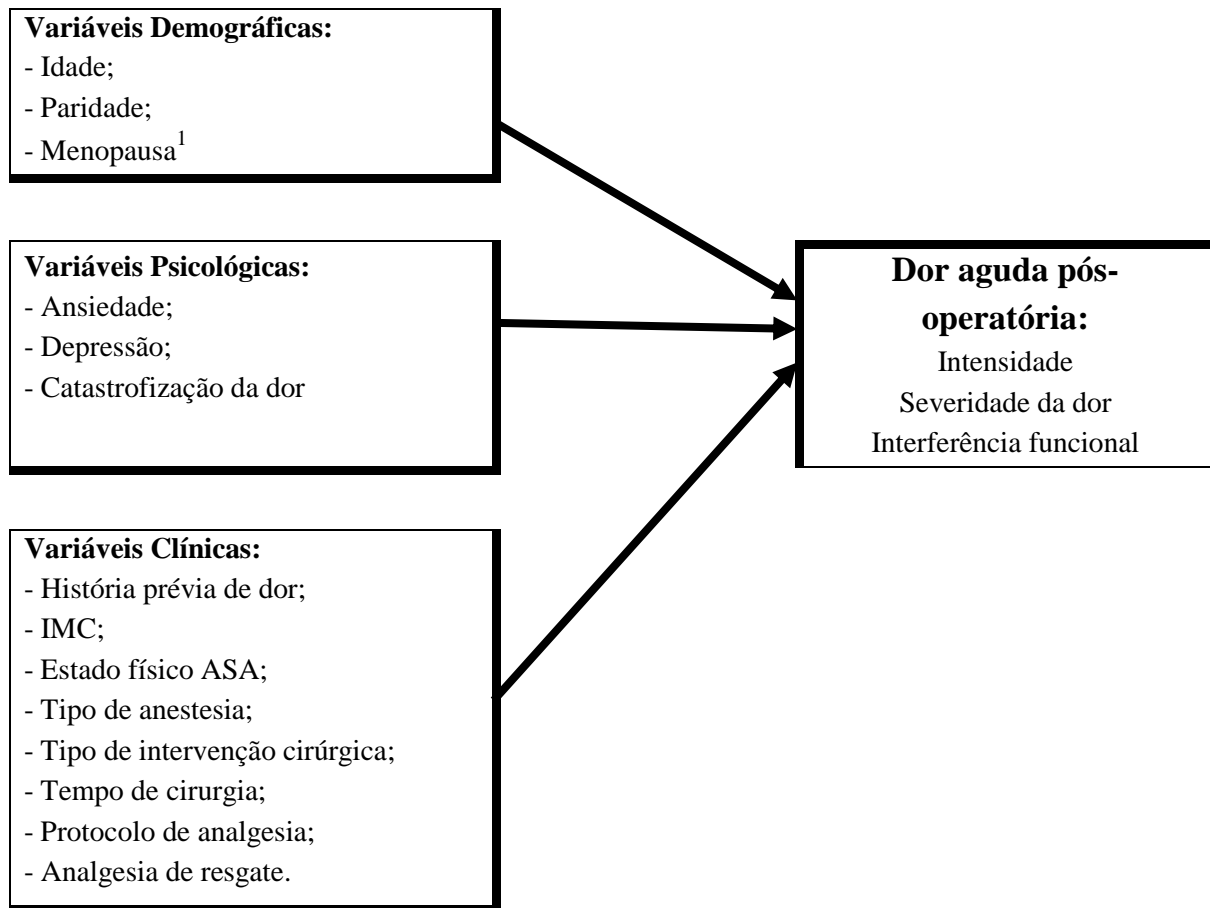


Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas

A avaliação das variáveis psicológicas foi realizada no período pré e pós-operatório. Dada a proximidade entre os dois momentos de resposta ao inquérito, observou-se que essas variáveis eram redundantes, pois as respostas nos dois momentos eram muito correlacionadas. Deste modo, para medir a relação entre as variáveis psicológicas e a dor pós-operatória, optou-se por utilizar as variáveis psicológicas avaliadas no pós-operatório, coincidindo assim a sua avaliação com o momento em que foi avaliada a dor (intensidade, severidade e interferência), que é utilizada no presente trabalho como variável dependente.

¹ As variáveis foram agrupadas em blocos, a que corresponde a organização da apresentação de resultados e posterior discussão. Nesse agrupamento sentiram-se algumas dificuldades, nomeadamente na alocação da variável "menopausa". Ainda que se trate de um estado fisiológico decorrente do ciclo de vida, face à sua muito estreita relação com a idade da mulher, optou-se por agrupá-la juntamente com as características demográficas.

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis em estudo

Variáveis	Categorização
Variáveis independentes	
Idade	18 - 37
	38 - 47
	48 - 57
	58 - 67
	68 - 87
Paridade	Com filhos
	Sem filhos
Menopausa	Sim
	Não
Dor prévia (pré-operatória) ¹	Sim
	Não
IMC ²	Peso reduzido (< 18,5)
	Peso normal (18,5 - 24,9) ³
ASA ⁴	1
	2
	3
Tipo de anestesia	Anestesia regional
	Anestesia geral
Tipo de intervenção cirúrgica	Oncológica
	Não oncológica
Abordagem cirúrgica	Abdominal
	Vaginal
Laparoscopia ⁵	Sim
	Não
Tempo de cirurgia	≤ 75 minutos
	> 75 minutos
Protocolo de analgesia	Analgesia convencional
	Analgesia não convencional
Analgesia de resgate	Sim
	Não
Ansiedade (Subescala HADS-A) (Amplitude 0 -21)	Ausência de ansiedade (< 8)
	Ansiedade leve (8 - 10)
	Ansiedade moderada/ severa (11 - 15)
Depressão (Subescala HADS-D) (Amplitude 0 -21)	Ausência de depressão (< 8)
	Depressão leve (8 - 10)
	Depressão moderada/ severa (11 - 15)
Catastrofização (PCS) (Amplitude 0 -52)	Baixa ⁶ (≤ 15)
	Moderada (> 15)

¹ Todas as localizações; ² Classificação de acordo com NIH, U.S. Department of Health & Human Services; ³ Inclui uma doente com excesso de peso; ⁴ Classificação segundo os critérios da ASA; ⁵ Só nas doentes em que a abordagem cirúrgica foi abdominal; ⁶ Categorização feita no presente estudo, usando como ponto de corte a mediana da catastrofização no pós-operatório.

Legenda: HADS-A: *Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety*; HADS-D: *Hospital Anxiety and Depression Scale - Depression*; PCS: *Pain Catastrophizing Scale*.

Tabela 1- Operacionalização das variáveis em estudo (continuação)

Variáveis	Categorização
Variáveis dependentes (extraídas do BPI):	
Intensidade máxima da dor (Amplitude - 0 a 10)	Ausência de dor/Dor ligeira ⁷ (≤ 3)
	Dor moderada/Intensa (> 3)
Severidade da dor	Média dos itens - variável contínua
Interferência funcional da dor	Média dos itens - variável contínua

⁷ Categorização feita no presente estudo, usando como ponto de corte o valor recomendado em protocolos de analgesia e usado correntemente na prática de enfermagem.

Legenda: BPI: *Brief Pain Inventory*.

As hipóteses elaboradas decorreram da teoria e pretendem verificar a relação entre variáveis. Em concordância com os objetivos descritos, elaboraram-se as seguintes hipóteses:

Hipóteses 1 (H₁) - As variáveis demográficas relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Hipótese 2 (H₂) - As variáveis relacionadas com o estado clínico prévio relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Hipótese 3 (H₃) - As variáveis relacionadas com a intervenção cirúrgica e analgesia pós-operatória relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Hipótese 4 (H₄) - As variáveis psicológicas relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

O tipo de estudo desenvolvido é quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Trata-se de um estudo quantitativo pois segue métodos de análise quantitativa, pretendendo garantir a precisão dos dados. É descritivo-correlacional, uma vez que assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis (Fortin et al., 2009). Por fim, é um estudo transversal pois mede a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população num determinado momento (Fortin et al., 2009).

1.2 - PARTICIPANTES

A amostra foi obtida por método não probabilístico de amostragem por conveniência e ficou constituída por 76 doentes submetidas a cirurgia ginecológica e internadas no Serviço de

Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Hospitalar de Vila Real - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), EPE. A colheita de dados decorreu entre janeiro e março de 2019 e o instrumento de colheita de dados foi aplicado pelo investigador.

Definiram-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; não apresentar défice cognitivo ou síndrome demencial que impossibilite a compreensão e o preenchimento dos questionários; proposta para cirurgia ginecológica eletiva; tempo previsto de internamento após a cirurgia de pelo menos 48 horas.

As características da amostra de mulheres estudadas são apresentadas na Tabela 2.

As participantes no estudo tinham maioritariamente idades compreendidas entre os escalões etários 18 - 37 e 68 - 87 anos. Havendo somente um caso no escalão dos 18 aos 27 anos e dois casos no escalão dos 78 aos 87 anos, foram agrupados às classes etárias contíguas.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra

Variável	n	%
Idade		
18 -37	8	10,5
38 - 47	19	25,0
48 - 57	24	31,6
58 - 67	13	17,1
68 - 87	12	15,8
Estado civil		
Solteira	9	11,8
Casada/ União de facto	55	72,4
Divorciada/ Separada	3	3,9
Viúva	9	11,8
Residência		
Rural	48	63,2
Urbana	28	36,8
Escolaridade		
1º ciclo do ensino básico	22	28,9
2º ciclo do ensino básico	11	14,5
3º ciclo do ensino básico	15	19,7
Ensino secundário	15	19,7
Ensino superior	13	17,1
Situação laboral		
Empregada	38	50,0
Desempregada	8	10,5
Reformada	15	19,7
Estudante	1	1,3
Outro	14	18,4

Quanto ao estado civil, as participantes no estudo são predominantemente casadas ou em união de facto (72,4%), 11,8% são solteiras, 11,8% são viúvas e 3,9% são divorciadas ou separadas.

No que concerne à área de residência, verificou-se que 63,2% reside em zona rural e 36,8% em zona urbana.

No que respeita à escolaridade, a maioria tem o 1º ciclo do ensino básico (28,9%), 19,7% tem o 3º ciclo do ensino básico, 19,7% possui o ensino secundário e apenas 17,1% tem ensino superior.

Relativamente à situação laboral, 50% encontram-se empregadas, 19,7% estão reformadas, 10,5% estão reformadas, 1,3% são estudantes e 18,4% encontram-se numa situação diferentes das referidas anteriormente.

1.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados permite reunir informação acerca do objeto de estudo estatístico, ou seja, as variáveis e a informação que estas podem fornecer (Marôco, 2007). Como instrumentos de colheita de dados utilizou-se um questionário (cf. Anexo 1) e uma grelha de registo de dados clínicos (cf. Anexo 2), construídos especificamente para o estudo.

O questionário é constituído por duas partes:

Parte I - Dados sociodemográficos: questões de resposta fechada que visam a caracterização das doentes relativamente à idade, estado civil, área de residência, escolaridade e situação laboral.

Parte II - Composta por três questionários traduzidos e validados para a população portuguesa, sendo que a sua escolha se baseou na natureza dos fenómenos que se pretendia estudar e nas suas propriedades psicométricas. Foi efetuado pedido para a utilização das escalas aos autores da validação para a população portuguesa e, nos casos em que existiam direitos de autor, aos seus detentores (cf. Anexos 3, 4 e 5).

Secção I - Inventário Resumido da Dor - Formulário Abreviado (BPI-SF)

O *Brief Pain Inventory* (BPI) foi desenvolvido por Charles Cleeland, em 1991, e traduzido, adaptado culturalmente e validado para a população portuguesa por Azevedo et al.

(2007), tendo sido designado por Inventário Resumido da Dor. Foi concebido com o objetivo de ser um instrumento para avaliação da dor de aplicação fácil, rápida e simples (Cleeland, 2009). Na sua conceção, o autor baseou-se na teoria do portão de controlo da dor de Melzack e Casey (1968), considerando a dor uma experiência multidimensional complexa que integra interações entre as dimensões sensorio-discriminativa, cognitivo-avaliativa e motivacional-afetiva (Cleeland, 2009).

Este instrumento constitui um método prático de medição e avaliação da dor numa perspetiva multidimensional, com muito boas propriedades psicométricas, que tem vindo a ser crescentemente utilizado na prática clínica e na investigação (Azevedo et al., 2007; Cleeland, 2009; Stanhope, 2016), incluindo estudos sobre DAPO (Klepstad et al., 2002; Nguyen & Nguyen, 2015; Pinto & Almeida, 2014; Pinto et al., 2012; Rosén, Bergh, Odén & Martensson, 2011).

É um questionário válido e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor, sendo recomendado por grupos de consenso na área da dor (Azevedo et al., 2007; Caraceni et al., 2012). É constituído por 15 itens, que avaliam a presença, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas utilizadas e eficácia do tratamento da dor. Inclui um item dicotómico para verificação da existência de dor; um item para a localização da dor (através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano); uma escala de severidade de dor constituída por quatro itens (itens 3, 4, 5, e 6 - máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "sem dor" e 10 = "a pior dor que se pode imaginar"); um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas; um item que quantifica, em termos percentuais (de 0% a 100%, em que 0% = "nenhum alívio" e 100% = "alívio completo"), a eficácia dos tratamentos utilizados; uma escala de interferência funcional constituída por sete itens (itens 9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 9f e 9g) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10, em que 0 = "não interferiu" e 10 = "interferiu completamente") que avaliam a interferência da dor na atividade geral, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver (Azevedo et al., 2007; Cleeland, 2009).

O constructo definido pelo autor do questionário, e confirmado em diferentes estudos de validação do BPI, contempla duas subescalas que avaliam duas dimensões da dor, designadas severidade e interferência. A severidade diz respeito à intensidade da dor, enquanto a interferência se relaciona com o impacto funcional da dor nos doentes, englobando duas subdimensões - atividade e emoções (Cleeland, 2009).

O BPI pode ser de auto ou hetero-administração (Cleeland, 2009), demorando entre cinco a dez minutos a preencher (Azevedo et al., 2007).

No estudo de tradução e validação para a população portuguesa (Azevedo et al., 2007), numa amostra de 365 doentes, acompanhados em treze diferentes unidades de dor do país, após análise fatorial, o instrumento manteve as duas subescalas (severidade e interferência funcional da dor) preconizadas no instrumento original. Relativamente à fidelidade, de acordo com os autores, o coeficiente *alfa* de Cronbach para a subescala severidade é de 0,985 e 0,842 para a subescala interferência, permitindo concluir que o instrumento apresenta uma boa consistência interna.

Secção II - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) é uma escala de autorrelato, desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), com o objetivo de avaliar, de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão. Apesar de ter sido inicialmente desenvolvida para ser usada em doentes com patologia física em tratamento hospitalar em ambulatório, tem sido muito utilizada na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma válida e prática os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Snaith, 2003; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006; Sousa & Pereira, 2008). Relativamente a outras escalas usadas para avaliar a ansiedade e depressão, a HADS apresenta a vantagem de ter sido concebida de forma a não incluir itens focados em aspetos somáticos que pudessem induzir em erro, elevando e falseando os resultados finais (Silva et al., 2006). Outra vantagem desta escala é ser breve e sintética, o que a torna aceitável e facilmente preenchida pelos respondentes, demorando apenas cerca de cinco minutos a preencher (Snaith, 2003).

A escala é constituída por 14 itens e inclui duas subescalas. Deste modo, sete itens (itens 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) medem sintomas de ansiedade (HADS-A) e os outros sete itens (itens 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14) medem sintomas de depressão (HADS-D). Para cada item, existem quatro possibilidades de resposta, numa escala de Likert de quatro pontos - que varia entre 0 (baixo) e 3 (elevado) - devendo a pessoa seleccionar aquela que melhor corresponde ao modo como se tem sentido durante a última semana. A pontuação de cada subescala obtém-se através da soma dos valores dos itens que a compõem, podendo variar entre 0 e 21 (Zigmond & Snaith, 1983). Valores mais elevados indicam níveis elevados de ansiedade e depressão (Sousa & Pereira, 2008). Zigmond e Snaith (1983), referem o valor de oito como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de níveis de ansiedade e depressão

relevantes. Assim, os autores consideram que a severidade da ansiedade e da depressão pode ser classificada como leve (pontuações entre 8 - 10), moderada (pontuações entre 11 - 15) e severa (pontuações entre 16 - 21). Os mesmos autores referem que pode ser considerada uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, devendo ser analisado como um indicador de perturbação emocional global.

A versão portuguesa da HADS, utilizada neste estudo, foi validada por Pais-Ribeiro et al. (2007). Num estudo que teve por base 1322 indivíduos com diferentes condições clínicas, a versão portuguesa do constructo manteve a estrutura bifatorial preconizada por Zigmond e Snaith (1983) e apresentou propriedades psicométricas semelhantes à escala original. No que se refere à fidelidade, de acordo com os autores, o coeficiente *alfa* de consistência interna de Cronbach, para as duas subescalas, é de 0,76 para a ansiedade e de 0,81 para a depressão. Relativamente à validade, a análise fatorial exploratória encontrou dois fatores (ansiedade e depressão) explicando 46,6% da variância total. Estes dois fatores correlacionam-se significativa e positivamente ($r = 0.58, p < .0001$).

No estudo de Pereira e Figueiredo (2008), com 114 doentes com cancro colorretal, seguidos no Instituto Português de Oncologia do Porto, verificou-se que o coeficiente de fidelidade para o HADS-Total, calculado através do *alfa* de Cronbach, foi de 0,94, indicando uma elevada consistência interna dos itens. Relativamente às subescalas, o coeficiente de fidelidade para a subescala de ansiedade (HADS-A) foi de 0,91 e para a subescala de depressão (HADS-D) foi de 0,88, revelando uma boa consistência interna em ambas. Quanto à validade, foi utilizada a análise fatorial a dois fatores, que explicou 65,2% da variabilidade total, revelando, assim, que a versão portuguesa manteve a mesma estrutura que a versão original da escala. Deste modo, verificou-se que a versão portuguesa da HADS em doentes oncológicos apresenta boas qualidades psicométricas.

Sousa e Pereira (2008), efetuaram a análise das propriedades psicométricas da HADS num estudo realizado com uma amostra de 100 doentes com esclerose múltipla. Encontraram um coeficiente de fidelidade para a HADS-Total, através do cálculo do *alfa* de Cronbach, de 0,87, indicando uma elevada consistência interna dos itens, bem como uma boa consistência interna das duas subescalas HADS-A (0,81) e HADS-D (0,78). Quanto ao estudo da validade do constructo, foi no sentido da estrutura fatorial de dois fatores (ansiedade e depressão) preconizada por Zigmond e Snaith (1983).

Estes resultados são semelhantes aos obtidos nos estudos de Roberts, Bonnici, Mackinnon e Worcester (2001), com uma amostra de mulheres com enfarte agudo do

miocárdio ou submetidas a cirurgia de *bypass* da artéria coronária; também nos de Smith et al. (2002) em doentes oncológicos; e ainda nos de Hung, Bounsanga, Tang, Chen e Cheng (2015), numa amostra de doentes com traumatismo ortopédico. Em todos estes estudos, os investigadores encontraram resultados indicativos de uma elevada consistência interna da escala, assim como uma estrutura fatorial de dois fatores.

Secção III - Escala de Desânimo Associada à Dor (PCS)

A catastrofização da dor é conceptualizada como um estado mental caracterizado por um conjunto de pensamentos, convicções e perceções exageradamente negativo, que surge no contexto da experiência da dor ou sua antecipação (Sullivan et al., 2001). Este conceito inclui três dimensões distintas, designadas por ruminação (obsessão relacionada com a dor), magnificação (exagero na valorização da ameaça que a dor representa) e desânimo (desvalorização da capacidade de controlo e gestão da experiência de dor) (Azevedo et al., 2007; Sullivan et al., 1995; Sullivan et al., 2001). Diferentes estudos têm demonstrado que a catastrofização é um dos mais importantes determinantes psicológicos da experiência de dor, contribuindo para que esta seja mais intensa e gere maior sofrimento emocional (Kremer et al., 2013; Pinto et al., 2012; Sullivan et al., 2001).

A *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) foi desenvolvida e validada por Sullivan et al., em 1995. Traduzida e validada para a população portuguesa por Azevedo et al. (2007), a sua versão é designada por Escala de Desânimo Associada à Dor. O questionário é constituído por 13 itens e inclui três escalas diferentes, correspondentes às três diferentes dimensões do conceito de catastrofização: ruminação (itens 8, 9, 10 e 11), magnificação (itens 6, 7 e 13) e desânimo (itens 1, 2, 3, 4, 5 e 12). Os itens descrevem um conjunto de pensamentos, perceções ou sentimentos associados à dor, pretendendo-se que os participantes no estudo indiquem a frequência com que apresentam esse tipo de pensamentos, perceções ou sentimentos, utilizando uma escala de Likert de cinco pontos, de 0 a 4 (Azevedo et al., 2007; Sullivan et al., 1995; Sullivan et al., 2001). Em média, o seu preenchimento demora cinco minutos.

De acordo com Azevedo et al. (2007), as propriedades psicométricas da PCS são excelentes, sendo um instrumento muito útil na avaliação dos doentes com dor, quer na clínica quer na investigação. No estudo de tradução e validação da PCS para a população portuguesa, que estes autores efetuaram numa amostra de 365 doentes acompanhados em treze diferentes unidades de dor do país, a análise da fidelidade do instrumento através do

cálculo do coeficiente *alfa* de Cronbach (ruminação: 0,796; magnificação: 0,789; desânimo: 0,897) permitiu observar a existência de níveis excelentes consistência interna para as três subescalas.

Os autores da escala não propõem pontos de corte para categorizar em níveis de catastrofização. Para utilizar esta variável como independente da mesma forma que a ansiedade e a depressão, procedemos à sua categorização usando a mediana (15,0) como ponto de corte. Como a mediana é muito menor que o centro da escala (pontuação máxima = 52), identificaram-se as classes como catastrofização baixa (≤ 15) e média (> 15).

No presente estudo, relativamente às qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados, efetuamos a análise de fidelidade através da avaliação da consistência interna das escalas (índice *alfa* de Cronbach). A fidelidade é a capacidade que uma escala tem de obter os mesmos resultados quando aplicada em condições semelhantes (Ribeiro, 2007), e avalia a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens que a compõem. Segundo Marôco (2011), valores de *alfa* de Cronbach (α) superiores a 0,90 são considerados muito bons, valores entre 0,80 e 0,90 são considerados bons, entre 0,70 e 0,80 são razoáveis e, entre 0,60 e 0,70 são fracos. Na Tabela 3 são apresentadas as estatísticas *alfa* de Cronbach para avaliação da consistência interna das escalas utilizadas no presente estudo.

Pode observar-se que os valores obtidos na medição da consistência interna do BPI revelam um valor de *alfa* de Cronbach de 0,917 para a subescala de severidade da dor e 0,874 para a subescala de interferência funcional da dor, o que, de acordo com os critérios de Marôco (2011) anteriormente referidos, indicam uma consistência interna das subescalas do instrumento que podem considerar-se, respetivamente, muito boa e boa. Relativamente à escala HADS, obtiveram-se valores que são considerados razoáveis - 0,799 para a subescala de ansiedade e 0,781 para a subescala de depressão. Já no caso da PCS, obtiveram-se valores de consistência interna muito bons para as subescalas ruminação ($\alpha = 0,935$) e desânimo ($\alpha = 0,930$), e valores bons para a subescala de magnificação.

Além do questionário, utilizou-se também como instrumento de colheita de dados uma grelha de registo de dados clínicos que incluiu um conjunto de itens que, para cada doente, permitiu obter informação acerca do IMC, estado físico ASA, diagnóstico clínico, intervenção cirúrgica, tipo de anestesia, tempo de duração da cirurgia, necessidade de administração de analgésicos na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), protocolo de analgesia prescrito, necessidade de analgesia de resgate, possíveis efeitos secundários da analgesia e tempo de internamento.

Tabela 3 - Estatísticas *alfa* de Cronbach para as escalas BPI, HADS e PCS

Escalas	<i>Alfa de Cronbach</i>	
	Autores da validação da versão da escala	Presente estudo
BPI		
Severidade da dor	0,985	0,917
Interferência da dor	0,842	0,874
HADS		
Ansiedade	0,760	0,799
Depressão	0,810	0,781
PCS		
Ruminação	0,796	0,935
Magnificação	0,789	0,812
Desânimo	0,897	0,930

Legenda: BPI: *Brief Pain Inventory*; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; PCS: *Pain Catastrophizing Scale*.

Os questionários foram aplicados em dois momentos:

Momento 1 (avaliação pré-operatória): após admissão hospitalar das utentes para cirurgia eletiva, foi aplicado o questionário constituído por uma primeira parte destinada à caracterização sociodemográfica e uma segunda parte constituída pelas três escalas validadas, anteriormente descritas. Relativamente ao BPI, neste momento aplicou-se a versão com período de referência de uma semana por pretendermos saber se as doentes apresentavam dor prévia;

Momento 2 (avaliação pós-operatória): no segundo dia de pós-operatório, foi aplicado o questionário constituído pelas mesmas três escalas. Neste momento, utilizou-se a versão do BPI com período de referência de um dia. De referir que a intensidade de dor foi avaliada através de escala numérica cotada de 0 a 10, que integra o BPI.

1.4 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Ao longo do processo de investigação, demos cumprimento às orientações éticas e deontológicas inerentes à investigação em seres humanos. Foi obtido parecer favorável à realização do estudo por parte dos diretores do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e do Serviço de Anestesiologia (cf. Anexos 6 e 7) e solicitada autorização formal ao Conselho de Administração do CHTMAD, EPE que, após apreciação da Comissão de Ética, autorizou a realização do mesmo (cf. Anexo 8).

Ainda relativamente aos procedimentos éticos, de referir que foi obtido o consentimento informado (cf. Anexo 9), livre e esclarecido, de forma escrita, das participantes

no estudo, de acordo com a Recomendação N.º 3/2014 da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. Foi também assegurada a confidencialidade e anonimato, bem como o uso exclusivo dos dados recolhidos para a realização do presente estudo. Foi igualmente garantido às participantes que o desenvolvimento do estudo não influenciaria em nada o tipo de tratamento a que seriam submetidas e que, em qualquer altura, poderiam recusar participar.

No que concerne à recolha de dados constantes do processo clínico, tivemos a colaboração de duas internas de especialidade designadas pelo senhor diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia.

1.5 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Após codificação e informatização, os dados recolhidos foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 25.0. Na análise dos dados, utilizámos a estatística descritiva e a estatística inferencial. Na análise descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (médias), medidas de dispersão (coeficiente de variação e desvio padrão), e medidas de assimetria e de curtose.

O teste de hipóteses para variáveis categóricas (e.g., ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa) foi feito usando o teste do χ^2 , aplicando a correção de continuidade nos casos de cruzamento entre duas variáveis com dois níveis cada e em que se observou células com menos de 20% de frequência relativa.

Nos testes de hipóteses que envolviam variáveis contínuas (e.g., severidade e interferência da dor), inicialmente testou-se a normalidade das variáveis através do critério curtose/erro e assimetria/erro ser menor, em termos absolutos, que 1,96 (Pestana & Gageiro, 2014). Nas variáveis que cumpriam aquele critério, utilizaram-se testes paramétricos – t de *Student* para variáveis independentes só com dois níveis (e.g., cirurgia oncológica ou abdominal) e análise de variância univariada quando as variáveis independentes tinham mais do que dois níveis (e.g., idade). No caso das variáveis que não apresentavam critérios de distribuição normal, utilizaram-se testes não paramétricos - Mann Whitney para variáveis independentes só com dois níveis e Kruskal Wallis para aquelas com três ou mais níveis.

A apresentação de resultados é feita em tabelas, onde se sintetizaram algumas estatísticas descritivas - média, desvio padrão, valor mínimo e máximo, a que se acrescentou, nas variáveis tratadas com testes não paramétricos, as ordens médias.

Na análise estatística consideraram-se, de acordo com Pestana e Gageiro (2014), os seguintes valores de significância estatística:

- $p < 0,05$ - estatística significativa;
- $p < 0,01$ - estatística bastante significativa;
- $p < 0,001$ - estatística altamente significativa;
- $p \geq 0,05$ - estatística não significativa.

Pontualmente, apontam-se na apresentação e discussão de resultados valores que, não sendo significativos, sugerem uma tendência nos resultados, com valores de p compreendidos entre 0,05 e 0,1.

2 - RESULTADOS

Os resultados do presente estudo são apresentados em três secções. Na primeira, faz-se uma abordagem descritiva do estado de saúde geral no período pré-operatório, aspetos relacionados com o quadro cirúrgico e com o estado psicológico das participantes. Apresentam-se também estatísticas descritivas para as variáveis relacionadas com a dor. Em termos de organização da secção de resultados, utilizou-se a ordem cronológica dos acontecimentos associados à intervenção cirúrgica. Assim, há grupos de variáveis, como as variáveis relacionadas com a dor e as variáveis psicológicas, que são apresentados numa parte inicial correspondente ao período pré-operatório e que são também apresentadas posteriormente, onde se colocaram os aspetos relacionados com o período pós-operatório. Na segunda secção apresentam-se os resultados descritivos de caracterização do quadro associado à cirurgia e analgesia pós-operatória. Na terceira secção são estudados os fatores que influenciam a dor aguda pós-operatória.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

O presente estudo foi conduzido com 76 participantes. Observamos que 88,2% das doentes submetidas a cirurgias ginecológica apresentavam um IMC² normal, 10,5% tem peso reduzido (IMC < 18,5) e 1,3% tem excesso de peso (IMC entre 25 - 29,9); dada a reduzida frequência desta última categoria, agrupou-se com a imediatamente anterior. Maioritariamente, têm filhos (85,5%) e não se encontram na menopausa (56,6%). Verificamos que 57,9% das doentes tem antecedentes de cirurgia obstétrica e/ou ginecológica (cf. Tabela 4).

O estado físico das doentes foi avaliado pela classificação ASA. Observou-se que 69,7% são ASA 2 (possuem doença sistémica ligeira que não condiciona limitação funcional), 23,7% são ASA 1 (saudáveis) e 6,6% são ASA 3 (com doença sistémica severa que condiciona limitação funcional mas que não é incapacitante) (cf. Tabela 4).

² Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), o IMC mede a corpulância e determina-se dividindo o peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado (peso/ altura²). No adulto, é preconizada a seguinte classificação: Baixo peso - IMC < 18,5; Normal - IMC 18,5 - 24,9; Pré-obesidade - IMC 25,0 - 29,9; Obesidade classe I - IMC 30,0 - 34,9; Obesidade classe II - IMC 35,0 - 39,9; Obesidade classe III - IMC ≥ 40,0.

A existência de dor prévia e a sua localização foi avaliada através dos itens 1 e 2 do questionário BPI, constatando-se que 63,2% das doentes referiram ter tido dor na semana anterior à cirurgia, sendo que em 38,2% a dor se localizou na região pélvica (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Características relativas ao estado de saúde no período pré-operatório

Variável	n	%
IMC		
Peso reduzido (< 18.5)	8	10,5
Normal (18.5 - 24.9) ¹	68	89,5
Paridade		
Sim	65	85,5
Não	11	14,5
Menopausa		
Sim	33	43,4
Não	43	56,6
Cirurgia obstétrica/ginecológica prévia		
Sim	44	57,9
Não	32	42,1
Estado físico ASA		
1	18	23,7
2	53	69,7
3	5	6,6
Dor prévia		
Com dor	48	63,2
Sem dor	28	36,8
Dor pélvica		
Sim	29	38,2
Não	19	25,0

¹ Inclui uma doente com excesso de peso.

Legenda: IMC: Índice de massa corporal; ASA: American Society of Anesthesiologists.

Como anteriormente descrito no capítulo referente à metodologia, o BPI possui duas subescalas - severidade da dor e interferência da dor -, com quatro e sete itens, respetivamente. Cada um dos itens é avaliado através de uma escala numérica de 11 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação global maior é a severidade da dor e a sua interferência com as atividades de vida quotidianas. Nas mulheres com dor prévia, observamos que a severidade da dor varia entre um mínimo de 0,75 e um máximo de 8, com um valor médio de 2,15 (DP=2,34). Por sua vez, relativamente à interferência da dor, verificamos que os valores oscilam entre um mínimo de 0 e um máximo de 10, com um valor médio de 1,98 (DP=2,36) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Estatísticas descritivas da intensidade máxima, severidade e interferência da dor no pré-operatório nas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica

Variável	n	Média	DP	CV (%)	Min.	Máx.
Intensidade máxima	76	3,43	3,07	89,4	0,00	10,00
Severidade da dor	76	2,15	2,34	94,7	0,75	8,00
Interferência da dor	76	1,98	2,36	119,4	0,00	10,00

Legenda: DP: desvio padrão; CV: coeficiente de variação; Min.: mínimo Max.: máximo.

No que respeita às variáveis psicológicas pré-operatórias, foram avaliadas a ansiedade, a depressão e a catastrofização. A ansiedade e depressão foram medidas através do questionário HADS que inclui duas subescalas - HADS Ansiedade e HADS Depressão -, cujos resultados totais resultam da soma dos valores dos itens de cada subescala, podendo variar de 0 a 21. Valores inferiores a oito - ponto de corte de cada subescala -, são considerados como ausência de ansiedade e de depressão, enquanto que valores mais elevados são indicadores da existência de ansiedade e depressão, que poderá ser leve, moderada ou severa. Constatamos que, na nossa amostra, a ansiedade varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 20, com um valor médio de 9,55 (DP=4,00), indicador de ansiedade leve. A depressão varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 15, com valor médio de 5,91 (DP=3,81), considerado como ausência de depressão (cf. Tabela 6).

A catastrofização foi medida através do questionário PCS, cuja pontuação final varia entre 0 e 52. Valores mais elevados na pontuação final indicam maior catastrofização da dor. Atendendo aos resultados expressos na Tabela 6, observa-se que na amostra de doentes cirúrgicas, o valor médio da variável é 16,42 (DP=12,24), indicador de que a maioria das participantes no estudo são pouco catastrofizadoras, com um mínimo de 0 e máximo de 39,0 (cf. Tabela 6).

Merece destaque referir que estas variáveis psicológicas apresentavam uma grande dispersão, observando-se que o intervalo entre o mínimo e o máximo corresponde quase à totalidade da amplitude da escala. Isto indica que algumas das doentes evidenciavam um bom estado psicológico, enquanto que outras revelavam já critérios para serem consideradas ansiosas e deprimidas.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas das variáveis psicológicas no pré-operatório das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Valores entre parêntesis correspondem à pontuação de cada escala ou subescala

Variável	n	Média	DP	Min.	Máx.
HADS - Total (0 - 42)	76	15,46	6,62	0,0	31,0
HADS - Ansiedade (0 - 21)	76	9,55	4,00	0,0	20,0
HADS - Depressão (0 - 21)	76	5,91	3,81	0,0	15,0

PCS - Catastrofização (0 - 52)	76	16,42	12,24	0,0	39,0
PCS - Desânimo	76	5,76	5,16	0,0	20,0
PCS - Magnificação	76	4,75	3,16	0,0	11,0
PCS - Ruminação	76	5,91	4,67	0,0	14,0

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo Max.: máximo; HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; PCS: *Pain Catastrophizing Scale*.

As variáveis psicológicas com que trabalhamos foram categorizadas de acordo com o critério definido pelos autores para classificar os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto à catastrofização, utilizou-se a mediana dos resultados no pós-operatório (15), constituindo-se duas categorias que designamos por catastrofização baixa e moderada. A frequência de mulheres incluída em cada categoria é apresentada na Tabela 7.

Como se pode observar, no que concerne à ansiedade, 32,9% das mulheres não se encontravam ansiosas. No grupo das doentes ansiosas, 26,3% apresentavam ansiedade leve e 40,8% apresentavam ansiedade moderada/severa. Quanto aos níveis de depressão, 67,1% das mulheres não revelavam estar deprimidas, 23,7% apresentavam depressão leve e 9,2% depressão moderada. Quanto aos níveis de catastrofização da dor no pré-operatório, como a variável foi categorizada no presente estudo pela mediana, a frequência dos grupos é sensivelmente igual, com 51,3% e 48,7% das mulheres a apresentarem níveis de catastrofização baixa e moderada, respetivamente (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Frequência das categorias estabelecidas para as variáveis psicológicas no período pré-operatório

Variável	n	%
Ansiedade		
Ausência	25	32,9
Leve	20	26,3
Moderada/ Severa	31	40,8
Depressão		
Ausência	51	67,1
Leve	18	23,7
Mod./Severa	7	9,2
Catastrofização		
Baixa	39	51,3
Moderada	37	48,7

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DO QUADRO ASSOCIADO À CIRURGIA E ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA

A Tabela 8 reúne os dados relativos aos diferentes diagnósticos e tipos de cirurgia a que foram submetidas as participantes no estudo. Quanto ao diagnóstico subjacente à intervenção cirúrgica, 24,8% das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica apresentavam patologia maligna de ovários, endométrio ou colo do útero. Já 44,5% tinha um diagnóstico relacionado com patologia benigna e 30,1% apresentava prolapso de órgãos pélvicos.

Quanto aos tipos de intervenção cirúrgica, 19,7% das cirurgias foram oncológicas e 80,3 foram cirurgias não oncológicas. Em termos de abordagem cirúrgica, 75% foram cirurgias abdominais, 25% cirurgias vaginais e, em 11,8% dos casos, a abordagem foi laparoscópica. Em 63,2% dos casos, o posicionamento cirúrgico foi decúbito dorsal e em 36,8% as doentes foram posicionadas em litotomia. Nas cirurgias com abordagem abdominal, em 46,1% dos casos a incisão cirúrgica foi do tipo Pfannenstiel, foi mediana em 18,4% e incisões de laparoscopia em 11,8% das cirurgias (cf. Tabela 8).

No que diz respeito ao tipo de anestesia, 75% das cirurgias foram efetuadas com anestesia geral, 17,1% com anestesia regional e 7,9% com anestesia combinada (anestesia regional + anestesia geral). Para efeitos de análise inferencial de resultados, esta última categoria foi agrupada com a anestesia geral. Relativamente ao tempo de cirurgia, 53,9% das intervenções tiveram uma duração inferior ou igual a 75 minutos (valor da mediana), enquanto que em 46,1% a duração foi superior a este valor (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Frequência das doentes com diferentes diagnósticos e tipos de cirurgia a que foram submetidas

Variável	n	%
Diagnóstico		
Patologia maligna	19	24,8
Tumores benignos	23	44,5
Prolapso de órgãos pélvicos	34	30,1
Tipo de intervenção cirúrgica		
Oncológica	15	19,7
Não oncológica	61	80,3
Abordagem cirúrgica		
Abdominal	57	75,0
Vaginal	19	25,0
Laparoscópica	9	11,8
Posicionamento cirúrgico		
Decúbito dorsal	48	63,2
Litotomia	28	36,8

Incisão cirúrgica		
Mediana	14	18,4
Pfannenstiel	35	46,1
Incisões de laparoscopia	9	11,8
Incisão parede vaginal	19	25,0
Anestesia		
Geral	57	75,0
Regional	13	17,1
Combinada	6	7,9
Duração cirurgia		
≤ 75 minutos	41	53,9
> 75 minutos	35	46,1

Na Tabela 9 apresentam-se os dados relativos à gestão da dor e ao tempo de permanência das doentes na UCPA após a cirurgia. A dor foi categorizada utilizando a equivalência prevista na Circular Normativa N.º 09/DGCG (DGS, 2003) entre a escala numérica e a escala categórica qualitativa. Verificou-se que 51,3% das doentes referiram dor durante o período pós-operatório imediato em que fizeram o recobro na UCPA. Quanto à intensidade máxima de dor relatada, em 32,9% das mulheres a dor foi moderada e em 18,4% a dor foi ligeira, sendo que a 50% das doentes que referiram ter dor foi administrada analgesia. A gestão da dor na UCPA configura-se-nos como tendo sido eficaz, uma vez que no momento em que tiveram alta da UCPA e regressaram ao serviço de internamento de Ginecologia e Obstetrícia, 93,4% das doentes não tinham dor. Contudo, 6,6% das doentes referia ainda dor ligeira.

Tabela 9 - Frequência das doentes relativamente à gestão da dor e tempo de recobro na UCPA

UCPA	n	%
Intensidade máxima de dor relatada		
Sem dor	37	48,7
Dor ligeira	25	32,9
Dor moderada	14	18,4
Analgesia		
Sim	38	50,0
Não	38	50,0
Complicações		
Sem complicações	71	93,4
Náuseas e vômitos PO	2	2,6
Retenção urinária	2	2,6
Reação alérgica a opioide	1	1,3
Intensidade de dor na alta		
Sem dor	71	93,4
Dor ligeira	5	6,6
Tempo de recobro		

≤ 60 minutos	33	43,4
> 60 minutos	43	56,6

Legenda: UCPA: unidade de cuidados pós-anestésicos; PO: pós-operatório.

Relativamente ao tempo de permanência na UCPA, 56,6% das doentes tiveram um recobro superior a 60 minutos, enquanto que em 43,4% dos casos esse tempo foi inferior a 60 minutos. Observou-se que 93,4% das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica não tiveram complicações durante o recobro. Entre os 6,6% de casos em que se registaram complicações, estas relacionaram-se com náuseas e vômitos (2,6%), retenção urinária (2,6%) e reação alérgica ao analgésico opióide administrado (1,3%) (cf. Tabela 9).

Relativamente à analgesia pós-operatória, observamos que 48,7% das doentes submetidas a cirurgia ginecológica tiveram no pós-operatório um protocolo de analgesia convencional, enquanto que em 51,3% a analgesia foi não convencional. Em 43,4% dos casos, o protocolo de analgesia não convencional foi DIB endovenoso, em 5,2% DIB epidural e, em 2,6%, PCA endovenosa (cf. Tabela 10).

Foi prescrito pelo anestesiológista, a todas as doentes, um protocolo de analgesia padronizado destinado às primeiras 48 horas de pós-operatório, incluindo analgesia de base e analgesia de resgate como recurso em caso de persistência de dor aguda moderada ($EN \geq 3$). Os protocolos de analgesia convencional incluíram como analgesia de base a administração endovenosa de paracetamol (1000 mg de 6 em 6 horas), tramadol (100 mg de 8 em 8 horas) e, nos casos em que houve prescrição de um anti-inflamatório não esteróide, este foi o cetorolac (30 mg de 8 em 8 horas) ou o parecoxib (40 mg de 12 em 12 horas). Como analgesia de resgate, estes protocolos incluíram a prescrição de morfina (2 mg de 4 em 4 horas, podendo repetir-se de 20 em 20 minutos até um máximo de 6 mg). Os protocolos de analgesia não convencional foram endovenosos (DIB endovenoso ou PCA endovenoso) ou epidurais. O protocolo DIB endovenoso contemplou a infusão contínua em balão de infusão (volume de 150 ml com débito de 3,1 ml/hora, a infundir em 48 horas) de tramadol (600 mg), metamizol magnésico (8000 mg) e metoclopramida (60 mg). No protocolo PCA endovenosa foi utilizado um dispositivo de analgesia com uma cassete preenchida com morfina (50 mg) e programado de forma a serem as doentes a controlar a administração do analgésico opióide. Estes protocolos incluíram como analgésicos coadjuvantes o paracetamol (1000 mg de 6 em 6 horas), podendo também incluir anti-inflamatório não esteróide (cetorolac 30 mg de 8 em 8 horas ou parecoxib 40 mg de 12 em 12 horas), e como analgesia de resgate a morfina. O protocolo DIB epidural incluiu uma infusão peridural contínua (balão de infusão com volume

de 250 ml e débito de 5,2 ml/hora em 48 horas) de ropivacaína (250 mg) e sufentanil (0,02 mg). Como analgesia coadjuvante foi prescrito o paracetamol (1000 mg de 6 em 6 horas) e, como analgesia de resgate, a ropivacaína administrada em bólus de 5 ml (10 mg de 30 em 30 minutos, administrando um máximo de dois bólus cada 6 em 6 horas). Os protocolos de analgesia não convencional são supervisionados pela UDA nas primeiras 48 horas de pós-operatório, passando depois a analgesia convencional. Todos os protocolos de analgesia incluíram tratamento procinético para prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios, sendo o procinético de base, a metoclopramida, e o procinético de resgate, o ondansetrom.

Quanto à necessidade de fazer analgesia de resgate prescrita para além do protocolo de analgesia de base, verificou-se que 78,9% das doentes não efetuaram analgesia de resgate, tendo esta sido necessária em 21,1% dos casos. Observou-se que em 79,0% das doentes não ocorreram efeitos laterais da analgesia efetuada, 10,5% das doentes referiram náuseas e 10,5% tiveram náuseas e vômitos (cf. Tabela 10).

Em termos de número de dias de internamento após a realização da intervenção cirúrgica, constatou-se que 56,6% das doentes tiveram alta no terceiro dia de pós-operatório, 17,1% tiveram quatro dias de pós-operatório, 10,5% tiveram dois dias e 15,7% tiveram um pós-operatório de cinco ou mais dias (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Frequência das doentes relativamente à analgesia pós-operatória e tempo de internamento

	n	%
Protocolo de analgesia		
Analgesia convencional	37	48,7
Analgesia não convencional	39	51,3
DIB endovenoso	33	43,4
DIB epidural	4	5,2
PCA endovenosa	2	2,6
Analgesia de resgate		
Sim	16	21,1
Não	60	78,9
Efeitos laterais da analgesia		
Sem efeitos laterais	60	79,0
Náuseas	8	10,5
Náuseas e vômitos PO	8	10,5
Dias de PO		
2	8	10,5
3	43	56,6
4	13	17,1
≥ 5	12	15,7

Legenda: DIB: *drug infusion ballon*; PCA: analgesia controlada pelo paciente; PO: pós-operatório.

As variáveis psicológicas em estudo foram avaliadas no período pós-operatório através das escalas já anteriormente referidas. Os resultados apresentados na Tabela 11 mostram que a ansiedade pós-operatória apresenta um valor médio de 8,32 (DP=3,55), indicando níveis de ansiedade leves. A amplitude de variação encontra-se entre um mínimo de 0 e um máximo de 18. Por sua vez, a depressão varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 15, sendo a média de 6,18 (DP=5,60), valor que equivale a ausência de níveis de depressão relevantes. Relativamente à catastrofização, o valor médio observado no pós-operatório foi de 16,88 (DP=13,50), revelador de níveis de catastrofização que consideramos moderados, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 45. Ainda que discretamente, a análise destes resultados revela que no período pós-operatório as doentes estarão ligeiramente mais catastrofizadoras.

Tabela 11 - Estatísticas descritivas das variáveis psicológicas no pós-operatório das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Valores entre parêntesis correspondem à pontuação de cada escala ou subescala

Variável	n	Média	DP	Min.	Máx.
HADS - Total (0 - 42)	76	14,5	6,32	2,0	32,0
HADS - Ansiedade (0 - 21)	76	8,32	3,55	0,0	18,0
HADS - Depressão (0 - 21)	76	6,18	5,60	0,0	15,0
PCS - Catastrofização (0 - 52)	76	16,88	13,50	0,0	45,0
PCS - Desânimo	76	6,25	6,18	0,0	24,0
PCS - Magnificação	76	4,49	3,19	0,0	11,0
PCS - Ruminação	76	6,15	5,00	0,0	16,0

Legenda: HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; PCS: *Pain Catastrophizing Scale*; DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo.

Verificou-se que em 43,4% das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica estavam ausentes níveis de ansiedade relevantes, 36,8% apresentavam ansiedade leve e 19,7% ansiedade moderada/severa. Quanto à catastrofização, 51,3% das doentes revelaram níveis baixos, enquanto que 48,7 se mostraram moderadamente catastrofizadoras (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Frequência das categorias estabelecidas para as variáveis psicológicas no período pós-operatório

Variável	n	%
Ansiedade		
Ausência	33	43,4
Leve	28	36,8
Moderada/Severa	15	19,7
Depressão		
Ausência	47	61,8
Leve	21	27,6
Moderada/Severa	8	10,5

Catastrofização		
Baixa	39	51,3
Moderada	37	48,7

2.3 - FATORES QUE INFLUENCIAM A DOR AGUDA PÓS-OPERATÓRIA

No período pós-operatório, a presença de dor foi referida por 83,9% das mulheres, sendo a sua localização relacionada com o local cirúrgico. No período pré-operatório, somente 63,2% das mulheres referiam ter dor, ainda que as localizações fossem diversas e, numa proporção considerável dos casos, com localização não pélvica e não abdominal.

Observou-se (cf. Tabela 13) que as mulheres apresentavam, em termos médios, dor pós-operatória moderada ($3,83 \pm 2,34$), caracterizada por valores abaixo do centro da escala utilizada (5 valores). Não obstante, observou-se que houve mulheres que situaram a sua intensidade de dor máxima no máximo da escala. Quando se comparam os resultados da dor pós-operatória referida pelas mulheres com a dor referida no pré-operatório (cf. Tabela 5), observa-se que os valores médios são muito semelhantes (intensidade máxima: pré $3,43 \pm 3,07$; pós $3,83 \pm 2,34$), havendo mesmo registo de maior severidade máxima da dor (8,00) e interferência máxima da dor (10,00) no pré-operatório. Merece destaque o facto das características da dor terem uma grande variabilidade, com valores superiores a 80% no pré-operatório e a 60% no pós-operatório, sugerindo que as doentes beneficiaram da analgesia intra e pós-operatória também no alívio de dor prévia, designadamente dor osteoarticular, referida no pré-operatório aquando do primeiro momento de aplicação do instrumento de colheita de dados.

Tabela 13 - Estatísticas descritivas da intensidade máxima, severidade e interferência da dor no pós-operatório nas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica

Variável	n	Média	DP	CV (%)	Min.	Máx.
Intensidade máxima	76	3,83	2,34	61,1	0,00	10,00
Severidade da dor	76	2,35	1,61	68,3	0,00	6,75
Interferência da dor	76	2,14	1,84	85,9	0,00	8,17

Legenda: DP: desvio padrão; CV: coeficiente de variação; Min.: mínimo Max.: máximo.

No sentido de avaliar quais os fatores que influenciam a DAPO, esta subsecção está organizada em três partes, em cada uma das quais se agruparam variáveis que consideramos afins - variáveis demográficas (idade, paridade e estado menopáusico), variáveis clínicas

(estado clínico prévio; variáveis relacionadas com a intervenção cirúrgica e analgesia) e variáveis psicológicas (ansiedade, depressão, catastrofização da dor).

2.3.1 - Idade, paridade e menopausa

No sentido de avaliar a relação existente entre variáveis demográficas e a dor, formulou-se a seguinte hipótese:

Hipóteses 1 (H₁) - As variáveis demográficas relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

No presente trabalho estudaram-se os determinantes da DAPO em mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Apresentam-se os resultados da intensidade de dor - ausência de dor/dor ligeira ou dor moderada/dor intensa - em função da idade, da paridade e do estado menopáusico. A idade das participantes no estudo e a paridade (com e sem filhos) não influencia ($p > 0,05$) a intensidade da dor. O facto de estar na menopausa determinou diferenças significativas ($p = 0,034$) na intensidade da dor. Observou-se que a proporção de mulheres que estão na menopausa com ausência de dor/dor ligeira ou dor moderada/dor intensa é bastante próxima, 54,5% e 45,5%, respetivamente. Já no caso das mulheres que não estão na menopausa, há uma proporção maior (72,1%) de mulheres que têm dor moderada/dor intensa (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função da idade, paridade e estado menopáusico. Resultados expressos em n (% em linha)

Variável	Ausência de dor/dor ligeira		Dor moderada/intensa		χ^2 p
	n (%)	rp	n (%)	rp	
Idade					
18 - 37	3 (37,5)	-0,1	5 (62,5)	0,1	
38 - 47	9 (47,4)	0,5	10 (52,6)	-0,4	
48 - 57	7 (29,2)	-0,8	17 (70,8)	0,6	
58 - 67	6 (46,2)	0,4	7 (53,8)	-0,3	
68 - 87	5 (41,7)	0,1	7 (58,3)	-0,1	1,843 0,765
Paridade					
Com filhos	23 (35,4)	-0,5	42 (64,6)	0,4	
Sem filhos	7 (63,6)	1,3	4 (36,4)	-1,0	2,072 0,080
Menopausa					
Sim	18 (54,5)	1,4	15 (45,5)	-1,1	
Não	12 (27,9)	-1,2	31 (72,1)	1,0	4,487 0,034

Legenda: rp: residuais padronizados; χ^2 : qui quadrado; p: nível de significância.

Quando se avalia a severidade e interferência da dor nessas mulheres, observamos que a severidade da dor também só foi influenciada pelo facto de estarem na menopausa, registrando-se neste caso diferenças bastante significativas ($p=0,004$), sendo que as mulheres não menopáusicas apresentam uma severidade da dor ($2,81\pm 1,73$) maior que as que já atingiram aquele estado ($1,762\pm 1,21$) (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Estatísticas da severidade da dor em função da idade, paridade e menopausa

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./Err	Cur./Err	p
Idade							
18 - 37	2,66	2,46	0,00	6,75	0,31	-0,55	
38 - 47	2,41	1,50	0,00	5,75	0,56	-0,02	
48 - 57	2,65	1,70	0,00	6,25	0,06	-0,57	
58 - 67	1,85	1,23	0,00	3,50	-0,69	-0,65	
68 - 87	2,02	1,32	0,00	4,00	-0,46	-0,56	Z = 0,718 p = 0,583
Paridade							
Com filhos	2,51	1,50	0,00	6,75	1,39	0,71	
Sem filhos	1,41	1,96	0,00	4,00	1,01	-1,52	t = 1,782; 0,100
Menopausa							
Sim	1,76	1,21	0,00	4,00	-0,04	-1,19	
Não	2,81	1,73	0,00	6,75	-0,09	-0,36	t = -2,971; 0,004

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass./Err: assimetria/erro p: nível de significância.

No que se refere à interferência da dor, não se observa influência da idade ($p=0,077$). Porém, há uma tendência (não significativa) nos resultados, que corresponde a uma menor interferência da dor à medida que a mulher é mais velha. As mulheres com filhos apresentam uma interferência maior ($2,30\pm 1,82$) que as que não têm filhos ($1,23\pm 1,80$). A interferência da dor apresenta um padrão similar à intensidade e severidade da dor, com as mulheres na menopausa a apresentarem um valor médio de interferência ($1,51\pm 1,36$) menor que as que não estão na menopausa (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Estatísticas da interferência da dor em função da idade, paridade e menopausa

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./Erro	Cur./Erro	OM ¹	p
Idade								
18 - 37	3,58	3,16	0,00	8,17	-0,18	-1,05		
38 - 47	2,11	1,36	0,00	5,17	1,22	0,49		
48 - 57	2,28	1,83	0,00	6,50	1,29	-0,32		
58 - 67	1,24	1,20	0,00	3,83	1,25	0,05		
68 - 87	1,94	1,62	0,00	4,67	1,02	-0,53	Z = 2,202 p = 0,077	
Paridade								

Com filhos	2,30	1,82	0,00	8,17	3,20	1,08	40,65	
Sem filhos	1,23	1,80	0,00	4,50	1,48	-0,71	25,77	Z = -2,077 p = 0,038
Menopausa								
Sim	1,51	1,36	0,00	4,67	2,03	-0,003	31,20	
Não	2,62	2,02	0,00	8,17	1,72	-0,13	44,10	Z = -2,537 p = 0,011

[†] As ordens médias só são apresentadas para as variáveis não normais que foram comparadas com recurso aos testes não paramétricos.

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; OM: ordem média; p: nível de significância.

Face aos resultados obtidos, a hipótese formulada tem que ser parcialmente rejeitada pois a idade não tem influência em nenhuma das variáveis associadas à dor e a paridade só influenciou a interferência funcional da dor. Mas, o estado menopáusico determinou diferenças significativas em todas as variáveis associadas à dor estudadas.

2.3.2 - Aspectos clínicos

As variáveis clínicas foram subdivididas em *estado clínico prévio* - história de dor pré-operatória, IMC, estado físico ASA -, e *fatores relacionados com a intervenção cirúrgica e analgesia* - tipo de anestesia, tipo de intervenção cirúrgica, abordagem cirúrgica, abordagem laparoscópica ou não, tempo de cirurgia, protocolo de analgesia, necessidade de analgesia de resgate.

Para avaliar a relação existente entre aspectos relacionados com o estado de saúde pré-operatório e a dor, formulou-se a seguinte hipótese:

Hipótese 2 (H₂) - As variáveis relacionadas com o estado clínico prévio relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Observou-se (cf. Tabela 17) que a existência de dor prévia e o estado físico ASA não tinham influência na intensidade da dor. Há, porém, uma tendência que, ainda que não significativa (p=0,094), aponta para uma maior proporção de mulheres com dor moderada/dor intensa quando apresentavam dor prévia.

Tabela 17 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função do estado clínico prévio. Resultados expressos em n (% em linha)

Variável	Ausência de dor/dor ligeira		Dor moderada/intensa		χ^2 p
	n (%)	rp	n (%)	rp	
Dor prévia					

Sim	15 (31,3)	-0,9	33 (68,8)	0,7	2,813
Não	15 (53,6)	1,2	13 (46,4)	-1,0	0,094
IMC					
Peso reduzido	5 (62,5)	1,0	3 (37,5)	-0,8	1,053
Peso normal ¹	25 (36,8)	-0,4	43 (63,2)	0,3	0,305
ASA					
1	6 (33,3)	-0,4	12 (66,7)	0,3	
2	23 (43,4)	0,5	30 (56,6)	-0,4	1,419
3	1 (20,0)	-0,7	4 (80,0)	0,6	0,492

¹ Inclui uma doente com excesso de peso.

Legenda: rp: residuais padronizados; χ^2 : qui quadrado; p: nível de significância; IMC: índice de massa corporal; ASA: estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.

A severidade e interferência da dor em função da dor prévia, do IMC e do estado físico ASA são apresentadas nas Tabelas 18 e 19, respetivamente. No mesmo sentido da tendência observada na intensidade da dor, foi nas mulheres com dor prévia que se manifestou uma maior severidade da dor ($p=0,022$), com um valor médio de 2,68, variando entre ausência de dor e um máximo de 6,75. Naquelas em que não havia registo de dor prévia, o valor médio apurado foi de 1,80, e oscilou entre a ausência de dor e um máximo de somente 3,75. O estado físico ASA não influencia ($p=0,118$) a severidade da dor, porém, influencia o seu impacto funcional, ou seja, a interferência da dor ($p=0,039$), sendo as mulheres com pior classificação ASA aquelas que experienciaram uma maior interferência funcional da dor ($3,57 \pm 1,21$).

Tabela 18 - Estatísticas da severidade da dor em função do estado clínico prévio

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./Erro	Cur./Erro	p
Dor prévia							
Sim	2,68	1,65	0,00	6,75	0,74	-0,13	
Não	1,80	1,40	0,00	3,75	-0,15	-1,60	$t = 2,341; 0,022$
IMC							
Peso reduzido	1,81	1,53	0,00	4,5	1,05	-0,11	
Peso normal ¹	2,42	1,61	0,00	6,75	0,74	-0,15	$t = -1,005; 0,318$
ASA							
1	2,60	1,58	0,00	6,25	0,47	0,46	
2	2,15	1,61	0,00	6,75	1,31	0,13	
3	3,60	1,15	1,75	4,50	-1,44	0,60	$Z = 2,204; 0,118$

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; p: nível de significância; IMC: índice de massa corporal; ASA: American Society of Anesthesiologists.

Tabela 19 - Estatísticas da interferência da dor em função do estado clínico prévio

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./Erro	Cur./Erro	OM ¹	p
Dor prévia								
Sim	2,48	1,98	0,00	8,17	2,17	0,03	42,25	

Não	0,27	1,43	0,00	5,17	1,72	0,32	32,07	Z = -1,947; 0,051
IMC								
Peso reduzido	2,13	2,86	0,00	8,17	2,28	1,62	31,88	
Peso normal ¹	2,14	1,71	0,00	6,50	2,02	-0,79	39,28	Z = -0,901; 0,367
ASA								
1	2,56	1,85	0,00	6,50	1,40	-0,07	43,92	
2	1,87	1,82	0,00	8,17	3,63	2,26	34,82	
3	3,57	1,21	1,83	5,17	-0,27	0,63	58,00	H = 6,513; 0,039

¹ As ordens médias só são apresentadas para as variáveis não normais que foram comparadas com recurso aos testes não paramétricos.

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; OM: ordem média; p: nível de significância; IMC: índice de massa corporal; ASA: estado físico segundo a American Society of Anesthesiologists.

A hipótese **H₂** formulada foi parcialmente rejeitada pois nenhuma das variáveis definidas como do estado clínico prévio teve qualquer influência na proporção de mulheres que referiram maior intensidade de dor. Porém, a existência de dor prévia implicou diferenças significativas na severidade da dor pós-operatória e o estado físico ASA das mulheres determinou diferenças significativas na interferência da dor.

Para avaliar a relação existente entre aspetos associados à cirurgia e analgesia pós-operatória, formulou-se a seguinte hipótese:

Hipótese 3 (H₃) - As variáveis relacionadas com a intervenção cirúrgica e analgesia pós-operatória relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Dos fatores associados à intervenção cirúrgica e analgesia pós-operatória, consideramos o tipo de anestesia, o tipo de intervenção cirúrgica, o tempo de duração da cirurgia, o tipo de protocolo de analgesia pós-operatória prescrito e a necessidade de administração de analgesia de resgate. Relativamente ao tipo de intervenção cirúrgica, para efeitos de análise inferencial de resultados, considerou-se o tipo de cirurgia ser ou não oncológica, a abordagem cirúrgica ser vaginal ou abdominal e, no caso de ser abdominal, se foi ou não laparoscópica. Verificou-se que nenhuma das variáveis estudadas influencia ($p > 0,05$) a intensidade da dor (cf. Tabela 20). Observou-se somente uma tendência não significativa ($p = 0,075$) nas mulheres que fizeram a intervenção cirúrgica por via laparoscópica para terem menos dor.

Tabela 20 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função de fatores relacionados com a intervenção cirúrgica e analgesia pós-operatória. Resultados expressos em n (% em linha)

Variável	Ausência de dor/dor ligeira		Dor moderada/intensa		χ^2 p
	n (%)	rp	n (%)	rp	
Anestesia					
Geral	24 (38,1)	-0,2	39 (61,9)	0,1	0,293
Regional	6 (46,2)	0,4	7 (53,8)	-0,3	0,588
Intervenção cirúrgica					
Oncológica	6 (40,0)		9 (60,0)		0,000
Não oncológica	24 (39,3)		37 (60,7)		1,000
Abordagem cirúrgica					
Abdominal	20 (35,1)	-0,5	37 (64,9)	0,4	1,175
Vaginal	10 (52,6)	0,9	9 (47,4)	-0,7	0,278
Laparosc.¹					
Sim	6 (66,7)	1,6	3 (33,3)	-1,2	3,178
Não	14 (29,2)	-0,7	34 (70,8)	0,5	0,075
Tempo de cirurgia					
≤ 75 minutos	16 (39,0)		25 (61,0)		0,000
> 75 minutos	14 (40,0)		21 (60,0)		1,001
Protocolo de analgesia					
Convencional	19 (50,0)	1,0	19 (50,0)	-0,8	2,699
Não convencional	11 (28,9)	-1,0	27 (71,9)	0,8	0,100
Analgesia de resgate					
Sim	3 (18,8)	1,3	13 (81,3)	1,1	2,627
Não	27 (45,0)	0,7	33 (55,0)	-0,6	0,105

¹ Só nas doentes em que a abordagem cirúrgica foi abdominal (n = 57).

Legenda: rp: residuais padronizados; χ^2 : qui quadrado; p: nível de significância.

No que se refere à severidade da dor (cf. Tabela 21), a cirurgia laparoscópica determinou diferenças significativas ($p=0,010$), com as mulheres que fizeram laparoscopia a terem, como previsto, menos dor ($1,28\pm 1,35$) quando comparadas com aquelas que tiveram uma cirurgia abdominal não laparoscópica ($2,78\pm 1,75$).

O tipo de protocolo de analgesia pós-operatória prescrito também se refletiu na severidade da dor ($p=0,012$), com os casos em que foram utilizados protocolos não convencionais a apresentarem mais dor ($2,81\pm 1,47$) quando comparados com aqueles em que as doentes fizeram um protocolo de analgesia convencional ($1,89\pm 1,62$). Esta associação tem aparentemente o sentido oposto ao esperado, pois os protocolos de analgesia não convencional foram concebidos para mitigar situações de dor mais intensa. Porém, na análise destes resultados deve ter-se em consideração o diagnóstico e a respetiva abordagem cirúrgica. Assim, observa-se que há uma associação altamente significativa ($\chi^2=21,506$; $p<0,001$) entre a utilização de analgesia não convencional e a abordagem cirúrgica, sendo que

a analgesia convencional é usada na esmagadora maioria das cirurgias vaginais (94,7%), enquanto que, nas abdominais, só é utilizada em 33,3% dos casos. Sabendo-se que a cirurgia abdominal por laparotomia é mais invasiva e propicia mais a dor, no resultado observado no presente trabalho, quando se comparam os protocolos de analgesia, poderá haver um enviesamento pela abordagem cirúrgica a que estão associados. A abordagem cirúrgica não mostrou um efeito significativo ($p=0,078$) na severidade da dor, porém, observou-se que aquelas mulheres em que a abordagem foi abdominal têm uma severidade da dor em média muito mais elevada ($5,54\pm 1,62$) que as que fizeram cirurgia por via vaginal ($1,79\pm 1,45$).

A analgesia de resgate determinou diferenças bastante significativas ($p=0,002$) na severidade da dor, com esta variável a ter, como previsível, uma expressão maior nas doentes que efetuaram analgesia de resgate ($3,45\pm 1,56$) que naquelas que não tiveram necessidade de recurso a analgesia suplementar à analgesia de base ($2,06\pm 1,50$).

Tabela 21 - Estatísticas da severidade da dor em função das variáveis clínicas

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./ Erro	Cur./ Erro	p
Anestesia							
Geral	2,47	1,68	0,00	6,75	0,61	-0,60	
Regional	1,77	1,08	0,00	3,00	-1,20	-0,88	t = 1,448; 0,152
Tipo de cirurgia							
Oncológica	2,28	1,19	0,00	3,75	-1,24	-0,10	
Não oncológica	2,37	1,70	0,00	6,75	1,02	-0,54	t = -0,184; 0,855
Abordagem cirúrgica							
Abdominal	5,54	1,62	0,00	6,75	0,28	-0,32	
Vaginal	1,79	1,45	0,00	5,75	1,63	1,64	t = 1,789; 0,078
Laparoscopia¹							
Sim	1,28	1,35	0,00	4,00	1,34	0,40	
Não	2,78	1,57	0,00	6,75	-0,06	0,25	t = -2,678; 0,010
Tempo de cirurgia							
≤ 75 minutos	2,42	1,65	0,00	6,25	0,50	-0,64	
> 75 minutos	2,27	1,58	0,00	6,75	0,92	0,57	t = 0,402; 0,689
Protocolo de analgesia							
Convencional	1,89	1,62	0,00	5,57	1,07	-1,05	
Não convencional	2,81	1,47	0,00	6,75	0,98	1,37	t = -2,574; 0,012
Analgesia de resgate							
Sim	3,45	1,56	1,75	6,75	1,83	0,31	
Não	2,06	1,50	0,00	5,00	0,08	-1,84	t = 3,282; 0,002

⁽¹⁾ Só nas doentes em que abordagem cirúrgica foi abdominal (n = 57).

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; p: nível de significância.

Os resultados obtidos para a interferência da dor (cf. Tabela 22) vão no mesmo sentido dos da severidade da dor, observando-se que as abordagens por laparoscopia resultam em

menor ($p=0,021$) interferência da dor, com uma diferença de cerca de 1,5 valores menos nas doentes que realizaram esse tipo de procedimento.

A necessidade de utilização de analgesia de resgate, para além da analgesia de base contemplada pelo protocolo analgésico prescrito, revelou-se também como um importante fator a influenciar a interferência da dor, com aquelas mulheres a necessitar da sua administração a revelar uma maior interferência da dor ($3,51\pm 2,01$) - com um máximo de 8,17, já próximo do extremo da escala (10 pontos) - quando comparadas com as que não necessitaram ($1,78\pm 1,62$).

Tabela 22 - Estatísticas da interferência da dor em função das variáveis clínicas

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./ Erro	Cur./ Erro	OM ¹	p
Anestesia								
Geral	2,19	1,90	0,00	8,17	2,92	0,69	38,91	
Regional	1,90	1,56	0,00	4,67	1,08	-0,35	36,50	Z = -0,360; 0,719
Tipo de cirurgia								
Oncológica	1,46	1,09	0,00	3,83	0,61	0,13	31,47	
Não oncológica	2,31	1,95	0,00	8,17	2,41	0,01	40,23	Z = -1,383; 0,167
Abordagem cirúrgica								
Abdominal	2,26	1,90	0,00	8,17	2,74	0,81	39,88	
Vaginal	1,80	1,65	0,00	5,17	1,62	-0,28	34,37	Z = -0,946; 0,344
Laparoscopia⁽²⁾								
Sim	1,00	1,25	0,00	3,50	1,59	0,33	17,33	
Não	2,49	1,92	0,00	8,17	2,30	0,55	31,19	Z = -2,309; 0,021
Tempo de cirurgia								
≤ 75 minutos	2,26	1,84	0,00	6,50	1,65	-0,88	40,13	
> 75 minutos	2,00	1,85	0,00	8,17	3,16	2,83	36,59	Z = -0,701; 0,483
Protocolo de analgesia								
Convencional	1,83	1,84	0,00	5,83	1,94	-0,92	33,89	
Não convencional	2,44	1,83	0,00	8,17	2,92	2,06	42,87	Z = -1,780; 0,102
Analgesia de resgate								
Sim	3,51	2,01	1,33	8,17	1,56	0,17	53,34	
Não	1,78	1,62	0,00	5,83	2,50	-0,39	34,54	Z = -3,040; 0,002

¹ As ordens médias só são apresentadas para as variáveis não normais que foram comparadas com recurso aos testes não paramétricos.

² Só nas doentes em que abordagem cirúrgica foi abdominal (n = 57).

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; OM: ordem média; p: nível de significância.

A hipótese formulada (**H₃**) é parcialmente rejeitada pois só se observaram associações estatisticamente significativas entre a utilização da técnica laparoscópica e o recurso a analgesia de resgate e a severidade e interferência da dor, assim como entre o protocolo de analgesia e a severidade da dor.

2.3.3 - Aspetos psicológicos

No sentido de avaliar a relação existente entre variáveis psicológicas e a dor, formulou-se a seguinte hipótese:

Hipótese 4 (H₄) - As variáveis psicológicas relacionam-se de forma significativa com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

No presente estudo, avaliou-se a importância de variáveis de carácter psicológico - ansiedade, depressão e catastrofização - na experiência de dor no pós-operatório de mulheres submetidas a cirurgia ginecológica. Na Tabela 23 apresenta-se a relação entre os diferentes níveis de ansiedade, depressão e catastrofização e a intensidade de dor. Como se pode observar, nenhuma das variáveis psicológicas estudadas demonstrou influenciar a intensidade da DAPO ($p > 0.05$).

Tabela 23 - Proporção de doentes que referem ausência de dor/dor ligeira e dor moderada/intensa em função das variáveis psicológicas. Resultados expressos em n (% em linha)

Variável	Ausência de dor/dor ligeira		Dor moderada/intensa		χ^2 p
	n (%)	rp	n (%)	rp	
Ansiedade					
Ausência	15 (45,5)	0,5	18 (54,5)	-0,4	
Leve	11 (39,3)	0,0	17 (60,7)	0,0	1,524
Moderada/Severa	4 (26,7)	-0,8	11 (73,3)	0,6	0,467
Depressão					
Ausência	22 (46,8)	0,8	25 (53,2)	-0,6	
Leve	6 (28,6)	-0,8	15 (71,4)	0,6	2,805
Moderada/Severa	2 (25,0%)	-0,7	6 (75,5)	0,5	0,246
Catastrofização					
Baixa	19 (50,0)	1,0	19 (50)	-0,8	2,699
Moderada	11 (28,9)	-1,0	27 (71,1)	0,8	0,100

Legenda: rp: residuais padronizados; χ^2 : qui quadrado; p: nível de significância.

No mesmo sentido, a severidade da dor não se mostrou influenciada pelo nível de ansiedade ou de depressão. Já a catastrofização determinou diferenças significativas ($p=0,040$), com as mulheres que apresentaram níveis médios de catastrofização mais elevados a terem uma perceção de dor maior do que as que se enquadram no nível mais baixo daquela variável psicológica (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Estatísticas da severidade da dor em função das variáveis psicológicas

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./ Erro	Cur./ Erro	OM ¹	p
Ansiedade								
Ausência	2,35	1,84	0,00	6,75	1,78	0,03		
Leve	2,13	1,30	0,00	4,00	-0,94	-1,06		Z = 0,817
Moderada/Severa	2,78	1,58	0,00	4,50	-1,76	-0,12		p = 0,446
Depressão								
Ausência	2,21	1,77	0,00	6,75	1,59	-0,08		
Leve	2,36	1,21	0,00	4,00	-1,26	-0,41		Z = 1,283
Moderada/Severa	3,19	1,37	0,75	4,50	-1,15	-0,20		p = 0,283
Catastrofização								
Baixa	2,06	1,49	0,00	6,25	2,17	1,28	33,45	Z = -2,055
Moderada	2,66	1,69	0,00	6,75	-0,62	-0,30	43,82	p = 0,040

¹ As ordens médias só são apresentadas para as variáveis não normais que foram comparadas com recurso aos testes não paramétricos.

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; OM: ordem média; p: nível de significância.

A interferência da dor mostrou-se influenciada pela depressão ($p=0,026$) e pela catastrofização ($p=0,046$). As mulheres mais deprimidas e mais catastrofizadoras apresentam níveis médios de interferência funcional da dor maiores. Quanto à ansiedade, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas ($p=0,053$), há uma tendência latente entre essa variável e a interferência da dor, no sentido das mulheres mais ansiosas experienciarem maior interferência funcional da dor. Entre as mulheres com níveis moderados/severos de ansiedade, os valores máximos de interferência são de 8,17 (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Estatísticas da interferência da dor em função das variáveis psicológicas

Variável	Média	DP	Min.	Máx	Ass./ Erro	Cur./ Erro	OM ¹	p
Ansiedade								
Ausência	1,73	1,69	0,00	6,50	3,18	1,51	32,98	
Leve	2,06	1,57	0,00	5,83	1,43	0,13	39,09	H = 5,877
Moderada/Severa	3,21	2,28	0,00	8,17	0,38	0,16	49,53	p = 0,053
Depressão								
Ausência	1,79	1,75	0,00	6,50	3,03	0,61	33,84	
Leve	2,45	1,93	0,00	8,17	2,41	2,60	42,69	H = 7,315
Moderada/Severa	3,42	1,60	1,00	5,17	-0,44	-1,05	54,88	p = 0,026
Catastrofização								
Baixa	1,70	1,52	0,00	6,50	3,82	3,18	33,59	Z = -1,999
Moderada	2,61	2,05	0,00	8,17	1,09	-0,24	43,68	p = 0,046

¹ As ordens médias só são apresentadas para as variáveis não normais que foram comparadas com recurso aos testes não paramétricos.

Legenda: DP: desvio padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Ass.: assimetria; Cur.: curtose; OM: ordem média; p: nível de significância.

A hipótese formulada (**H₄**) tem que ser parcialmente rejeitada, pois as variáveis psicológicas estudadas não tiveram influência na intensidade máxima de dor relatada pelas mulheres submetidas a cirurgia ginecológica no seu pós-operatório. Porém, a severidade da dor, embora não tenha sido influenciada pelo nível de ansiedade ou de depressão das doentes, foi influenciada pelos níveis de catastrofização da dor. A interferência funcional só se mostrou associada ao estado mais deprimido e mais catastrofizador.

3 - DISCUSSÃO

A intervenção cirúrgica ginecológica pode estar associada a uma elevada percepção de dor nas mulheres (Gerbershagen et al., 2013; Helder-Woolderink, Bock, Hollema, van Oven & Mourits, 2017). Existem vários fatores que condicionam a intensidade, a severidade, assim como a interferência funcional da dor, nomeadamente fatores ligados ao indivíduo, como a idade, o estado geral de saúde, estado psicológico em particular, e fatores ligados à patologia e ao processo cirúrgico propriamente dito (Ip et al., 2009).

No presente estudo, as mulheres que fizeram cirurgia ginecológica no CHTMAD - Unidade de Vila Real, tinham como diagnósticos subjacentes à intervenção cirúrgica vários tipos de patologia, desde patologias benignas associadas a quistos ováricos e miomas uterinos a situações complexas associadas a tumores malignos. A cirurgia mais frequente foi a histerectomia, o que vai ao encontro dos dados que indicam que, apesar de as suas taxas anuais terem diminuído na última década (Gante et al., 2018), permanece uma das cirurgias mais frequentemente realizada nas mulheres (Nogueira-Silva et al., 2014).

Numa recente revisão sistemática e meta análise apresentada por Yang et al. (2019), a idade, especificamente a idade jovem, apresenta-se como um dos nove preditores de dor pós-operatória que os autores apontam. No presente estudo, a idade das mulheres intervencionadas não se mostrou relacionada com nenhuma das características da dor estudadas – intensidade máxima, severidade e interferência funcional. Porém, nota-se nos resultados que há uma ligeira tendência para as mulheres dos escalões etários mais elevados referirem menos dor, em linha com os achados dos autores supracitados. Essa tendência confirma-se quando se comparam as mulheres que estão, ou não, na menopausa, em que se observaram diferenças estatisticamente significativas para as três características da dor analisadas, sempre com as mulheres menopáusicas a relatarem menos dor. Esta relação entre a dor e este estado fisiológico poderá estar relacionada ora com a idade mais avançada, pois as mulheres mais velhas apresentam menor risco para ter DAPO por motivos psicossociais (Pinto et al., 2012), ora com questões hormonais. As hormonas sexuais femininas, estrogénios e progesterona, têm efeitos complexos na modulação da dor, havendo referência a poderem ter um efeito pronocetivo ou antinocetivo, que está longe de estar completamente esclarecido (Mogil, 2012). No mesmo sentido, Yamagata et al. (2016) apontam também a maior percepção da dor associada a maiores níveis de estrogénio, tendo estes autores estudado a existência de uma via

molecular explicativa dessa relação através de ensaios com cobaias. Dado que os níveis de estrogénios estão mais reduzidos em mulheres menopáusicas (Donnez & Dolmans, 2018), isso poderá justificar parcialmente a sua menor percepção de dor. Adicionalmente, há um consenso alargado acerca do efeito antinocetivo dos androgénios (Staikou et al., 2017). Dado que, na menopausa, há uma redução significativa do nível de estrogénios, isso resulta num excesso relativo de androgénios, pois a sua produção não é tão afetada pelos eventos associados à menopausa (Subramanya et al., 2019). Assim, a menor percepção de dor pelas mulheres menopáusicas poderá resultar desse efeito combinado entre a redução dos níveis de estrogénios, apontados como potencialmente pronocetivos, e um aumento da proporção de androgénios circulantes resultante da menor alteração de produção destes, beneficiando assim do seu efeito antinocetivo.

De acordo com Whitburn, Jones, Davey e McDonald (2019), a experiência de dor associada ao trabalho de parto é um fenómeno complexo. É frequentemente descrita como a experiência de dor mais desafiadora e intensa pela qual uma mulher pode passar, existindo também variações enormes nas percepções das mulheres sobre essa dor. Tendo em consideração esta percepção de que a dor de parto pode atingir uma intensidade do mais elevado que se pode experimentar, no presente estudo havia a expectativa de que as mulheres sem filhos pudessem relatar uma dor mais intensa do que aquelas com filhos, pois essas teriam como referência individual a dor do parto. Não obstante esta expectativa, os resultados do presente trabalho não vão nesse sentido. Ainda que a associação não fosse significativa, observou-se uma tendência para uma proporção maior de mulheres com filhos apresentarem uma intensidade máxima de dor na categoria moderada a intensa e apresentarem uma severidade maior. No mesmo sentido, mas com diferenças estatisticamente significativas, as mulheres com filhos apresentam uma maior interferência da dor. Esta associação observada pode decorrer de vários aspetos. O pressuposto que tínhamos poderá não se aplicar, pois nas últimas décadas assistiu-se à emergência e consolidação da utilização da analgesia epidural no trabalho de parto de forma regular. Apesar do número de mulheres não permitir uma comparação estatística robusta entre a paridade e o diagnóstico, observamos que o grupo de mulheres sem filhos, que relata menos dor, tinha diagnósticos muito variados e intervenções cirúrgicas de complexidade também variável, pelo que a percepção de dor nas mulheres com e sem filhos poderá também ser confundida por essas variáveis cirúrgicas.

A existência de dor no período pré-operatório é tida como um importante fator preditor de dor no período pós-operatório (Ip et al., 2009; Pinto et al., 2013; Sangesland et al.,

2017). Ainda que o registo de dor prévia tenha sido feito, com relato de dor em localizações diversas, não necessariamente associadas às regiões anatómicas relacionadas com o sistema sexual e reprodutor, observou-se que as mulheres que referiram dor prévia apresentavam uma maior severidade da dor e uma maior interferência (esta última não significativa). Coghill (2010) aponta mecanismos anatomofisiológicos de resistência individual à dor como o principal motivo para haver esta relação entre a dor no período pré e pós-operatório. Esses mecanismos podem envolver aspetos hormonais, conforme previamente referido, ou aspetos de carácter anatómico, relacionados com a ativação dos nociceptores e com os mecanismos cerebrais de modulação e percepção da dor (Asmundson et al., 2014).

O IMC é apontado por Yang et al. (2019) como um dos fatores de risco para DAPO recentemente identificados. Este preditor parece ser particularmente importante para os casos de obesidade (Magnusson, Osterås, Mowinckel, Natvig & Hagen, 2014). De entre outros aspetos, a dor no período pós-operatório de mulheres obesas pode ser agravada por lesão em nervos periféricos como resultado da compressão prolongada, ainda que esta dor seja mais frequentemente referida a nível ciático (Afors et al., 2015). No presente estudo, o IMC não mostrou ter qualquer influência na percepção da dor, mas deve ter-se em consideração que só uma participante tinha excesso de peso.

O estado físico ASA está relacionado com múltiplos desfechos associados à cirurgia, incluindo morbidade e mortalidade pós-operatória (Mayhew, Mendonca & Murthy, 2019). Seria expectável que doentes com classificação ASA mais elevadas, por terem um maior número de fatores de risco e comorbilidades, possam apresentar mais queixas de dor, porém, isso não se observou no presente estudo, o que eventualmente se deveu ao facto de a colheita de dados ter sido feita nas 48 horas subsequentes à cirurgia pois, como referem Noguera, Trigo, Melero, Santana e Torrens (2019), os doentes com classificação ASA superior podem ter mais complicações pós-operatórias e essas, por sua vez, estarem associadas a maior dor.

A intervenção cirúrgica propriamente dita, e os processos que lhe estão associados, podem contribuir para a experiência de dor pós-operatória (Ip et al., 2009; Khan et al., 2011). No presente estudo, observou-se que nenhum dos fatores estudados determinou diferenças na proporção de mulheres que relatou ausência de dor ou dor ligeira e dor moderada ou intensa. A cirurgia oncológica envolve habitualmente procedimentos cirúrgicos major, de alguma complexidade. Estas cirurgias são realizadas sob anestesia geral e são habitualmente mais demoradas quando comparadas com as não oncológicas. Assim, à partida, seria de esperar que as mulheres submetidas a esse tipo de cirurgia tivessem relatado mais dor, pois há incisões e

disseções mais extensas, ablação de estruturas e, por inerência, maior manipulação de estruturas nervosas. Porém, não observámos uma maior intensidade, severidade ou interferência da dor nas mulheres que foram submetidas a cirurgia oncológica. Provavelmente, porque os protocolos de analgesia pós-operatória instituídos após este tipo de intervenções, em que a extensão do trauma cirúrgico é maior e o pós-operatório expectavelmente mais álgico, incluem associações de fármacos e vias de administração que tenham a capacidade de interferir seletivamente nos diferentes processos da nociceção, o que está em concordância com as recomendações internacionais para a gestão da dor pós-operatória (Schug et al., 2015).

A abordagem cirúrgica ser abdominal ou vaginal, assim como o tempo de cirurgia, não se refletiu na dor experienciada pelas mulheres. A abordagem abdominal envolve uma incisão através de várias estruturas anatómicas, pelo que é habitual estar associada a uma maior dor no pós-operatório (Aarts et al., 2015). A inexistência de diferenças na dor experienciada pelas doentes avaliadas no presente estudo poderá também estar associada à estratégia de analgesia utilizada, o que se encontra em linha com os resultados obtidos por Gerbershagen et al. (2013) num estudo de coorte prospetivo, em que foi analisada a intensidade de dor pós-operatória após diferentes procedimentos cirúrgicos. Estes autores concluíram que, dependendo da analgesia instituída, em vários procedimentos cirúrgicos a extensão da incisão e do trauma tissular não se encontravam relacionados com a dor pós-operatória.

Já a utilização de uma abordagem laparoscópica, ainda que não se tenha refletido de uma forma muito clara na proporção de mulheres que manifestaram ausência de dor/dor ligeira ou dor moderada/intensa, demonstrou ser uma técnica cirúrgica que resulta em menor severidade e interferência funcional da dor no pós-operatório. Estes resultados vão ao encontro das vantagens que são apontadas para a utilização de técnicas laparoscópicas, pois ao serem menos invasivas, permitindo operar através de incisões muito pequenas, proporcionam uma diminuição da dor e do desconforto no pós-operatório e, também, uma mais rápida recuperação e retorno às atividades do dia a dia (Gerbershagen et al., 2013; Johnson et al., 2005; Thalamkandathil, Beegum, Abdurahiman & Karumanchery, 2016).

Previsivelmente, a intensidade da dor provocada pela agressão cirúrgica, bem como a sua interferência com o bem-estar e as atividades de vida, dependem do tipo de cirurgia, pelo que o protocolo de analgesia pós-operatória instituído deverá estar correlacionado com o tipo de procedimento cirúrgico (Joshi & Kehlet, 2013). Assim, o protocolo de analgesia e a utilização de analgesia de resgate utilizado nas doentes têm previsivelmente influência na dor

relatada. É, porém, uma variável difícil de interpretar, pois um protocolo de analgesia mais diferenciado pode ser implementado para dar resposta a doentes com fatores de risco para maior intensidade de dor pós-operatória (e.g., intervenções cirúrgicas major mais complexas). A analgesia de resgate é utilizada para fazer face a situações de dor aguda não controlada com a analgesia de base, tendo sido necessária em 21,1% dos casos. Essas mulheres apresentaram uma maior severidade e interferência da dor no pós-operatório. O protocolo de analgesia convencional envolve a administração, em horários fixos definidos, de fármacos analgésicos e AINE endovenosos. Na analgesia não convencional, recorre-se também a fármacos analgésicos e anti-inflamatórios, que podem ser administrados em fluxo contínuo ao longo das primeiras 48 horas de pós-operatório, por via endovenosa (e.g., através de DIB endovenoso), ou a anestésicos locais, como a ropivacaina, administrados por via epidural (e.g., através de DIB ou de PCA epidural). Nestes casos, pode conseguir-se melhor efeito analgésico, com uma analgesia superior que aquela conseguida com o protocolo convencional em horários fixos associado aos opioides de resgate intravenosos (Schug et al., 2015). Face ao exposto, seria razoavelmente previsível que as doentes com analgesia não convencional, por incluir fármacos mais potentes ou em diferentes dosagens ou, ainda, por a perfusão ser contínua, tivessem menos dor. Porém, essa situação não se verificou. Ao nível da proporção de mulheres que refere dor mais intensa, não se observaram diferenças, e ao nível da severidade da dor, observaram-se diferenças significativas mas no sentido oposto àquele que poderia ser esperado – foram as mulheres em que foi utilizada analgesia não convencional aquelas que reportaram maior severidade da dor. Esta ordem de grandeza da severidade da dor poder-se-á dever, não à falta de eficácia da analgesia não convencional, mas sim à dor que as mulheres teriam se esta estratégia não fosse utilizada. A corroborar esta justificação está o facto de a dor, em ambos os casos – analgesia convencional ou não convencional – ser, em média, relativamente baixa, menor que dois no caso da convencional e menor que três na não convencional. Considerando que esta escala de severidade tem um máximo de dez valores, e que o valor três é comumente utilizado na prática clínica para definir um nível de dor que recomenda analgesia de resgate (Chou et al., 2016), no presente estudo as mulheres apresentavam, em termos médios, um nível de severidade de dor que deve ser considerado controlado.

Os mecanismos da nociceção são de uma complexidade extraordinária (Asmundson et al., 2014). O estado psicológico das mulheres submetidas a cirurgia ginecológica pode ter uma grande influência na perceção da dor e em algumas das suas características semiológicas

(e.g., intensidade, duração, evolução, relação com as funções orgânicas, manifestações concomitantes) e consequências que a dor tem para o seu bem-estar geral e realização de atividades quotidianas. Observou-se que as três variáveis psicológicas estudadas estiveram de forma mais ou menos efetiva relacionadas com a intensidade, severidade e interferência funcional da dor experienciada pelas participantes no presente estudo. Não se observaram diferenças na proporção de mulheres que relataram uma intensidade de dor que as enquadrou na categoria de ausência de dor/dor ligeira e nas da categoria dor moderada/intensa, com nenhuma das variáveis psicológicas estudadas. Esta situação poder-se-á dever ao facto de, na globalidade do grupo, a dor pós-operatória raramente ter uma intensidade muito elevada, em consequência da aparente eficácia das estratégias de analgesia utilizadas. Adicionalmente, e tendo em consideração o tamanho modesto da amostra que constitui este estudo, a generalidade das mulheres que apresentavam sinais de ansiedade, depressão ou perfil catastrofizador, tinham-nos somente ligeiros, sendo, portanto, difícil estabelecer uma relação causa-efeito inequívoca.

Ainda que a ansiedade seja considerada um preditor psicológico de dor pós-operatória robusto (Schug et al., 2015; Wood et al., 2016), no presente estudo observou-se somente uma tendência, não significativa, para as mulheres mais ansiosas referirem uma maior interferência da dor. A relação entre a ansiedade e a dor tem contornos relacionados com uma componente cognitiva e emotiva, decorrente do medo da dor, o que aumenta a ansiedade e que, por sua vez, mediado por mecanismos hormonais, pode aumentar a sensibilidade à dor (Ip et al., 2009).

A depressão é apontada por Yang et al. (2019) como um dos mais fortes fatores de prognóstico de dor pós-operatória, ainda que noutros estudos essa relação nem sempre seja clara, conforme revisto por Ip et al. (2009). Estes últimos autores acrescentam a esta discussão a gravidade das condições psicológicas, salientando que nas situações mais moderadas – como a generalidade dos casos alvo do presente estudo – a sua influência é expectavelmente baixa. A relação da dor com as variáveis psicológicas, quando avaliadas no momento próximo da cirurgia, tem sempre uma dificuldade associada – a dificuldade em compreender se a ansiedade e depressão influenciam a dor, se a relação é inversa ou se é dupla, havendo múltiplas interações em ambos os sentidos. Essa dúvida é reforçada na relação entre a depressão e a dor crónica, pois alguns estudos apontam para que o estado depressivo seja agravado pela dor, sendo esse mecanismo mediado pela ansiedade, fadiga e qualidade do sono (Amtmann et al., 2015; Vandenkerkhof et al., 2012). Os resultados apresentados no presente

trabalho sugerem que o efeito observado da depressão somente na interferência funcional da dor, sem se manifestar na severidade, pode decorrer de um efeito direto da depressão nas atividades quotidianas, sem que haja necessariamente mediação da dor nessa limitação funcional nos parâmetros que constituem a escala de interferência do BPI. Atentos a esses aspetos, alguns autores sublinham a importância de considerar estes fatores psicológicos como preditores de dor pós-operatória somente em casos de diagnóstico psiquiátrico prévio de personalidade ansiosa ou depressão (Ip et al., 2009).

A catastrofização envolve um conjunto de traços de personalidade, nomeadamente ruminativos, magnificadores e de desânimo, associados a personalidades pessimistas (Sullivan et al., 2001). As mulheres com níveis mais elevados de catastrofização têm uma expectativa fraca em relação à evolução da sua situação, estando sempre na expectativa de que a sua situação não melhore, ou venha mesmo a piorar. Tendo a dor uma componente subjetiva importante, correspondendo àquilo que a pessoa diz sentir e com a intensidade que diz perceber (McCaffery & Pasero, 1999), havendo uma expectativa de muita dor desencadeada pela personalidade catastrofizadora, há uma grande probabilidade dessa pessoa vir mesmo a ter uma dor intensa, independentemente de os mecanismos mediadores serem fisiológicos ou psicológicos (Wood et al., 2016).

As mulheres que participaram no presente estudo tinham, na sua esmagadora maioria, traços de catastrofização relativamente baixos, observando-se que mesmo as consideradas na categoria moderada tinham somente valores médios de 16,88 (DP=13,50) numa escala de 52 valores. Ainda assim, foi esta variável psicológica que manifestou uma influência mais marcada na dor pós-operatória, quer na severidade quer na interferência. Este resultado está em concordância com os resultados dos estudos de investigadores que têm vindo a considerar este fator como um dos mais importantes, senão o mais importante, fator psicológico associado à experiência de dor (Kremer et al., 2013; Pinto et al., 2012; Quartana et al., 2009). Pinto et al. (2012) estudaram esta associação, tendo detetado uma relação em que a catastrofização é, simultaneamente, causa de maior dor pós-operatória mas também efeito da ansiedade pré-operatória, funcionando assim como variável mediadora entre a ansiedade e a dor. Esta relação dever-se-á ao facto dos aspetos psicológicos estudados no presente estudo serem eles também muito dependentes uns dos outros, havendo uma relação claramente estabelecida entre ansiedade, catastrofização e depressão, e interligações que estes aspetos têm na modulação uns dos outros (Pinto et al., 2014).

Muitos dos estudos publicados que se dedicaram a identificar os potenciais fatores associados à DAPO, visando adequar os cuidados de saúde ao menor sofrimento possível dos doentes, apontam como principais fatores a existência de dor prévia, a ansiedade, a idade, o tipo de cirurgia (Ip et al., 2009; Pinto et al., 2014). Yang et al. (2019), acrescentaram recentemente a estes fatores, a história individual de sintomas depressivos, o sexo, hábitos tabágicos, IMC, problemas de sono e consumo regular de analgésicos. Destes fatores, aqueles que têm paralelo neste estudo vão no mesmo sentido, com as mulheres mais velhas – e particularmente aquelas que se encontram já na menopausa – a referirem menos dor, as que tinham história de dor prévia também com mais dor no pós-operatório, e aspetos relacionados com a ansiedade e depressão a implicarem também um menor controlo da dor. Quanto ao tipo de cirurgia, o corpo de publicações vai muito no sentido de comparar diferentes especialidades (Gerbershagen et al., 2013), pelo que as ausências de efeito observadas no presente estudo se podem dever ao facto de se tratar de um grupo homogéneo, com todas as participantes a serem intervencionadas no âmbito de uma mesma especialidade cirúrgica e envolvendo procedimentos e regiões anatómicas muito próximas. Ainda assim, a técnica cirúrgica por laparoscopia revelou-se, como expectável, associada a menos dor pós-operatória. A ansiedade e depressão mostraram também ter algum efeito em algumas características da dor avaliadas, tendo a catastrofização um papel provavelmente mediador entre a ansiedade e a dor.

Face aos resultados encontrados no presente estudo, é importante sensibilizar os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, para a necessidade de identificar quais são as doentes que podem estar em maior sofrimento, atuando em conformidade. O enfermeiro tem múltiplas oportunidades para melhorar a experiência da doente naquele período difícil da sua vida, que é o período perioperatório no qual decorrerá a sua intervenção cirúrgica. No pré-operatório, o enfermeiro pode contribuir para moderar a ansiedade das doentes através de ensinamentos, explicando à doente todas as etapas associadas à sua intervenção cirúrgica e informando acerca das diversas estratégias de analgesia disponíveis, visando ajudar a doente a perspetivar um pós-operatório com dor bastante controlada. Ainda nesta fase, o enfermeiro pode detetar sinais de depressão ou traços de personalidade ansiosa ou catastrofizadora, permitindo adaptar a comunicação a essa condição da utente. A identificação e caracterização de história de dor prévia e do consumo de analgésicos podem também apoiar o enfermeiro na avaliação da doente e fornecer dados acerca da perspetiva de vir a ter dor pós-operatória mais significativa.

A intervenção do enfermeiro ao nível do bloco operatório deve focar-se também no controlo dos níveis de ansiedade, quer na admissão e fase de preparação para a anestesia, quer na fase de recobro. Nesta fase, é crucial o enfermeiro ter conhecimentos adequados sobre dor e uma atitude assertiva face à dor referida pelas doentes, para poder avaliar a dor e desencadear os mecanismos de administração de analgesia. Posteriormente, novamente no internamento, a prestação de cuidados de enfermagem à doente com dor inclui a avaliação, controlo e ensino, não subestimando o carácter pessoal e subjetivo da experiência individual de dor (OE, 2008). Para além de gerir o estado psicológico e detetar sinais de deterioração da situação psicológica, que podem levar a uma cascata de eventos que só pioram a perceção de dor, o enfermeiro deve ser capaz de compreender a dor da doente, independentemente da probabilidade de ocorrência associada ao quadro clínico, assegurar o cumprimento criterioso dos protocolos de analgesia instituídos, avaliar e vigiar a dor e a eficácia das medidas implementadas individualmente para a controlar, que além das estratégias farmacológicas poderão incluir também medidas não farmacológicas, assumindo assim o seu papel de referência neste desiderato. Neste sentido, Medrzycka-Dabrowska, Dabrowski, Gutysz-Wojnicka, Basinski e Kwiecien-Jagus (2018) concluíram, num estudo sobre conhecimentos e barreiras na gestão da dor, que os enfermeiros são um elemento chave na gestão da dor do doente e que o seu conhecimento, disponibilidade de recursos e trabalho em equipa multidisciplinar são determinantes para melhorar o bem-estar do doente no período pós-operatório, com implicações humanas evidentes, mas também económicas, pois a dor tende a atrasar os processos de cura, propicia complicações pós-operatórias e contribui para aumentar o tempo de internamento.

O enfermeiro dispõe de instrumentos importantes para avaliar a dor do doente como, entre outros, a escala numérica de intensidade de dor preconizada pela DGS (2003) e reconhecida pela comunidade científica (Schug et al., 2015). Não obstante a objetividade que essas escalas introduzem na avaliação da dor pelo enfermeiro, há vários fatores individuais que podem enviesar a sua utilização e o processo de gestão da dor subsequente, como experiências individuais, a prática de avaliação e decisão sobre terapêutica de analgesia em hospitais onde trabalhou previamente, aspetos culturais da comunidade de onde provém, entre outros (Mackintosh-Franklin, 2014).

4 - CONCLUSÕES

A dor aguda no período pós-operatório em cirurgia ginecológica é um aspeto que deve preocupar os profissionais de saúde porque o controlo da dor, evitando o sofrimento desnecessário, é um direito das doentes, por motivos relacionados com a qualidade dos serviços e cuidados de saúde, e também por motivos económicos, pois a dor no período pós-operatório está associada a uma recuperação mais lenta, mais complicações pós-operatórias e internamentos mais longos.

Face aos objetivos do presente estudo - identificar características da DAPO (intensidade, severidade, interferência funcional da dor) e identificar e analisar a relação entre variáveis demográficas, clínicas e psicológicas relacionadas com a DAPO em doentes submetidas a cirurgia ginecológica -, observou-se na amostra de 76 mulheres que, na generalidade dos casos, a dor pós-operatória estava bastante controlada, apresentando valores de intensidade máxima, severidade e interferência funcional em atividades quotidianas próximos dos que tinham antes da cirurgia, ainda que a dor no período pré-operatório fosse de localização variada, maioritariamente associada a problemas osteoarticulares e no pós-operatório fosse dor relacionada com o local ou a região intervencionada.

A principal causa de cirurgia foram os tumores benignos (44,5%). Em 19,7% dos casos analisados, a cirurgia foi oncológica. A abordagem cirúrgica foi maioritariamente abdominal (75,0%), e a cirurgia realizada em decúbito dorsal (63,2%). A incisão Pfannestiel foi a mais utilizada (43,1%). Uma grande proporção de mulheres foi operada sob anestesia geral (75%) e mais de metade (53,9%) das cirurgias demorou menos de 75 minutos. O recobro decorreu dentro da normalidade para a maioria das mulheres, sem registo de complicações em 93,4% e com 48,7% a referirem não ter dor. A analgesia durante o período de tempo em que permaneceram na UCPA foi utilizada em 50% dos casos. No momento da alta da UCPA e regresso ao serviço de internamento, 93,4% das doentes referia não ter dor. A analgesia utilizada foi ora convencional, ora não convencional, que incluiu DIB endovenoso, DIB epidural e PCA endovenosa. Genericamente, as mulheres tinham níveis de ansiedade bastante controlados, tendo-se detetado somente 19,7% de participantes com níveis de ansiedade moderada ou severa no período pós-operatório. A maioria das doentes não tinha sinais de depressão e, naquelas que os manifestaram nas respostas ao questionário (escala

HADS) os níveis encontrados correspondiam a depressão ligeira. No mesmo sentido, os traços de catastrofização da dor também eram baixos ou moderados.

Dos vários fatores referidos na bibliografia como potenciais preditores da dor pós-operatória, alguns foram testados neste estudo, tendo-se confirmado a influência de uns, enquanto que outros, ou não tiveram nenhuma associação ou não tiveram uma associação clara. A idade não se mostrou estatisticamente associada à dor no pós-operatório, porém, as mulheres na menopausa relataram menos dor. A existência de dor prévia à cirurgia é um dos parâmetros que consensualmente é tido como preditor de DAPO. No presente trabalho, essa associação estava latente nos resultados, ainda que só tenha sido estatisticamente significativa na severidade da dor. As mulheres com mais comorbilidades (ASA) manifestaram uma maior interferência da dor. Das variáveis associadas à intervenção cirúrgica propriamente dita, destaca-se a vantagem da cirurgia laparoscópica com menor dor pós-operatória, revelada através da menor pontuação na escala de intensidade e de severidade da dor. O protocolo de analgesia e a analgesia de resgate produziram resultados que, numa primeira leitura, poderiam parecer contraditórios. Assim, foi nas utentes em que foi utilizada uma estratégia de analgesia mais complexa e nas que necessitaram de analgesia de resgate que foi manifestada mais dor, o que se terá devido ao tipo e magnitude da cirurgia a que foram submetidas que, previsivelmente, estariam associados a um quadro de maior dor. Eventualmente, poderá verificar-se que o Serviço de Anestesiologia e UDA, analisando estes resultados, considere poder vir a ser necessário rever os protocolos atualmente implementados. Por outro lado, é também importante que os enfermeiros valorizem o seu papel no seio das UDA *nurse based* e o instrumento que os protocolos de analgesia representam, permitindo-lhes dar visibilidade à dor como um dos focos da prática de enfermagem e atuar em conformidade face a situações de insuficiência analgésica ou a queixas relacionadas com possíveis efeitos secundários da analgesia, por exemplo, náuseas e vômitos.

As doentes participantes neste estudo tinham níveis de ansiedade, depressão e catastrofização moderados, pelo que o efeito detetado nas características de dor é discreto, tendo sido observado somente que as mulheres mais catastrofizadoras apresentavam maior severidade e interferência da dor e que, as mais deprimidas, tinham também maior interferência da dor nas atividades incluídas na escala de interferência da dor da escala BPI.

Face aos resultados do presente estudo, importa refletir sobre o papel do enfermeiro neste processo de gestão da DAPO, proporcionando às mulheres submetidas a cirurgia ginecológica uma experiência com o mínimo possível de sofrimento, indo ao encontro do que

é um direito das doentes e um dever dos profissionais, em linha com as recomendações internacionais para o controlo da dor. Durante a sua passagem pelo hospital para realizar uma cirurgia ginecológica, a doente tem interação com enfermeiros afetos a dois serviços – internamento e bloco operatório. Ambos têm que ter um papel interventivo na preparação da doente para a cirurgia, fazendo uma boa avaliação inicial e ajudando a manter os níveis de ansiedade controlados, explicando claramente o que vai acontecer e os meios que tem à disposição para controlar a dor. Depois da cirurgia, a avaliação da dor de forma consistente efetuando registos de vigilância, a atuação em conformidade com os protocolos analgésicos, garantindo a continuidade das terapêuticas, bem como a partilha na equipa multidisciplinar de aspetos relacionados com a avaliação da sua eficácia e o contributo para o incremento da qualidade dos cuidados prestados, serão três vertentes em que o papel do enfermeiro é determinante, devendo haver uma forte sensibilização dos profissionais para a natureza individual da dor, independentemente dos procedimentos cirúrgicos ou analgésicos utilizados. Por fim, mas não menos importante, é reconhecido que a dor aguda pós-operatória tem um importante componente psicológico, pelo que é crucial o enfermeiro ser sensível a esta realidade e ser capaz de atuar face a fatores suscetíveis de modificação através de técnicas de intervenção individualizadas. É, pois, importante ser capaz de identificar e ajudar as doentes a gerir pensamentos, emoções e crenças potenciadoras da experiência de dor. Com uma ação concertada e multidisciplinar é possível proporcionar à doente cirúrgica de ginecologia, num momento sensível da sua vida que envolve a realização de uma cirurgia e a resolução de uma patologia que afeta o seu sistema sexual e reprodutor, uma experiência em que se potencie o conforto e o controlo da dor, para não lhe causar qualquer sofrimento não estritamente necessário e prevenir a indesejada progressão de uma dor aguda não controlada para DCPO.

O presente estudo apresenta algumas limitações, particularmente o tamanho modesto da amostra utilizada. Este aspeto pode ter contribuído para a dificuldade em demonstrar algumas das associações estudadas. Adicionalmente, esta amostra tinha um nível razoável de heterogeneidade quando observamos, por exemplo, a idade ou a patologia das participantes, mas também era muito homogénea noutros aspetos, como o terem níveis de ansiedade e depressão muito baixos ou moderados.

Em estudos futuros considerámos que seria importante:

- Trabalhar com uma amostra mais alargada, para poder extrapolar e comparar os dados.

- Estudar a experiência de dor pós-operatória e a eficácia do controlo da dor num único procedimento cirúrgico, designadamente, as histerectomias, uma vez que é o tipo de cirurgia mais frequente em mulheres e na área cirúrgica de Ginecologia. Desta forma poder-se-ia conseguir uma amostra mais homogénea no que ao procedimento cirúrgico diz respeito, a extrapolação de dados e, até mesmo, um possível modelo preditivo da experiência de DAPO.

- Estudar em que medida fatores psicológicos, como a ansiedade e a catastrofização da dor, poderão influenciar as interações entre doentes e enfermeiros e a decisão dos profissionais em administrar analgesia de resgate.

- Dar continuidade à linha de investigação, estudando o desenvolvimento de DCPO nestas doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

- Aprofundar a questão das diferenças de género na experiência de dor, por exemplo, através de um estudo que vise identificar fatores associados à DAPO após cirurgia *major*. Uma possível abordagem seria considerar o pós-operatório de histerectomias para as mulheres e de prostatectomias para os homens, nas especialidades cirúrgicas de Ginecologia e Urologia, respetivamente. Outra possibilidade seria a realização de estudo com uma amostra de doentes de ambos os sexos submetidos por exemplo a artroplastias do joelho e/ou anca, na área de Ortopedia.

- Alargar também a investigação a outros hospitais, para replicar os resultados em outros serviços e instituições.

Verificámos que apesar dos consideráveis avanços no controlo da DAPO, o fenómeno da dor permanece um problema relevante para doentes, profissionais e serviços de saúde. Esperamos que o presente estudo contribua para a compreensão da experiência de dor pós-operatória, valorizando as diferentes dimensões da dor, e para a aquisição de evidências que possam ser utilizadas para melhorar os cuidados prestados às doentes cirúrgicas ginecológicas relativamente ao tratamento da dor e que, posteriormente, possa ser alargado a outras populações cirúrgicas, sempre com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarts, J. W., Nieboer, T. E., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R., Mol, B. W., & Kluivers, K. B. (2015). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, Art. no. CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub5
- Abramov, I., Gordon, J., Feldman, O., & Chavarga, A. (2012). Sex & vision I: Spatio-temporal resolution. *Biology of Sex Differences*, 3(20), 1-14. doi:10.1186/2042-6410-3-20
- Abrishami, A., Chan, J., Chung, F., & Wong, J. (2011). Preoperative Pain Sensitivity and Its Correlation with Postoperative Pain and Analgesic Consumption. *Anesthesiology*, 114(2), 445-57. doi: 10.1097/ALN.0b013e3181f85ed2.
- Afors, K., Centini, G., Murtada, R., Castellano, J., Meza, C., & Wattiez, A. (2015). Obesity in laparoscopic surgery. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29(4), 554-564. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.02.001
- Almeida, A., Leite-Almeida, H., & Tavares, I. L. (2006). Medullary control of nociceptive transmission: Reciprocal dual communication with the spinal cord. *Drug Discovery Today: Disease Mechanisms*, 3(3), 305-312. doi:10.1016/j.ddmec.2006.09.001
- Althaus, A., Hinrichs-Rocker, A., Chapman, R., Arránz, B., Lefering, R., Simanski, C., ... Neugebauer, E. (2012). Development of a risk index for the prediction of chronic post-surgical pain. *European Journal of Pain*, 16(6), 901-910. doi:10.1002/j.1532-2149.2011.00090.x
- Amtmann, D., Askew, R. L., Kim, J., Chung, H., Ehde, D. M., Bombardier, C. H., ... Johnson, K. L. (2015). Pain affects depression through anxiety, fatigue and sleep in multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 60(1), 81-90. doi:10.1037/rep0000027
- Anwar, S., & O'Brien, B. (2017). The role of intraoperative interventions to minimise chronic postsurgical pain. *British Journal of Pain*, 11(4), 186-191. doi: 10.1177/2049463717720640
- Apfelbaum, J. L., Chen, C. M., Mehta, S. S., & Gan, T. J. (2003). Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be underman-aged. *Anesthesia and Analgesia*, 97(2), 534-540. doi: 10.1213/01.ANE.0000068822.10113.9E
- Asmundson, G. J., & Wright, K. D. (2004). Biopsychosocial approaches to pain. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.), *Pain: Psychological perspectives* (pp. 35-57). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Asmundson, G. J., Gomez-Perez, L., Richter, A. A., & Carleton, R. N. (2014). The psychology of pain. In H. van Griensven, J. Strong & A. Unruh (Eds.), *Pain: A textbook for health professionals* (2nd ed., pp. 35-48). New York: Churchill Livingstone.
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15(4), 6-56.
- Bartley, E. J., & Fillingim, R. B. (2013). Sex differences in pain: A brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 52-58. doi:10.1093/bja/aet127
- Batalha, L. M. (2016). *Avaliação da dor*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Belmonte, C., & Cervero, F. (1996). *Neurobiology of nociceptors*. New York: Oxford University Press.
- Berek, J. S. (2014). *Berek & Novak: Tratado de Ginecologia* (15ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brandsborg, B. (2012). Pain following hysterectomy: epidemiological and clinical aspects. *Danish Medical Journal*, 59(1), 1-15.
- Breivik, H. (2002). How to implement an Acute Pain Service. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 16(4), 527-547. doi:10.1053/bean.2002.0259
- Breivik, H., Borchgrevink, P. C., Allen, S. M., Rosseland, L. A., Romundstad, L., Breivik Hals, E. K., ... Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101(1), 17-24. doi:10.1093/bja/aen103
- Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management: A fundamental human right. *Anesthesia & Analgesia*, 105(1), 205-221. doi:10.1213/01.ane.0000268145.52345.55
- Brennan, T. J. (2011). Pathophysiology of postoperative pain. *Pain*, 152(3 Suppl.), 33-40. doi:10.1016/j.pain.2010.11.005
- Caraceni, A., Cherny, N., Fainsinger, R., Kaasa, S., Poulain, P., Radbruch, L., De Conno F. (2002). Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: Recommendations of an expert working Group of The European Association of Palliative Care. *Journal of Pain Symptom Management*, 23(3), 239-255. doi:10.1016/S0885-3924(01)00409-2
- Caseiro, J. M. (2004). *A organização da analgesia do pós-operatório*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Chan, M. T., Wan, A. C., Gin, T., Leslie, K., & Myles, P. S. (2011). Chronic postsurgical pain after nitrous oxide anesthesia. *Pain* 152(11). 2514-2520. doi:10.1016/j.pain.2011.07.015

- Chang, K. Y., Tsou, M. Y., Chan, K. H., Sung, C. S., & Chang, W. K. (2006). Factors affecting patient-controlled analgesia requirements. *Journal of the Formosan Medical Association, 105*(11), 918-925. doi:10.1016/S0929-6646(09)60177-7
- Chia, Y. Y., Chow, L. H., Hung, C. C., Liu, K., Ger, L. P., & Wang, P. N. (2002). Gender and pain upon movement are associated with the requirements for postoperative patient controlled iv analgesia: A prospective survey of 2,298 Chinese patients. *Canadian Journal of Anesthesia, 49*(3), 249-255. doi:10.1007/BF03020523
- Chou, R., Gordon, D. B., Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... Wu C. L. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain, 17*(2), 131-157. doi:10.1016/j.jpain.2015.12.008
- Cleeland, C. S. (2009). *The Brief Pain Inventory user guide*. Disponível em https://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI_
- Coghill, R. C. (2010). Individual differences in the subjective experience of pain: New insights into mechanisms and models. *Headache, 50*(9), 1531-1535. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01763.x
- Corona, L. E., Swenson, C. W., Sheetz, K. H., Shelby, G., Berger, M. B., Pearlman, M. D., ...Morgan, D. M. (2015). Use of other treatments before hysterectomy for benign conditions in a statewide hospital collaborative. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 212*(3), 304.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.031
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular normativa n.º 09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 003/2012: Organização das unidades funcionais de dor aguda*. Lisboa: DGS.
- Donnez, J., & Dolmans, M. M. (2018). Natural hormone replacement therapy with a functioning ovary after the menopause: Dream or reality? *Reproductive BioMedicine Online, 37*(3), 359-366. doi:10.1016/j.rbmo.2018.05.018
- Duale, C., Ouchchane, L., Schoeffler, P., & Dubray, C. (2014). Neuropathic aspects of persistent postsurgical pain: A French multicenter survey with a 6-month prospective follow-up. *The Journal of Pain, 15*(1), 20-24. doi:10.1016/j.jpain.2013.08.014
- Fillingim, R. B. (2000). Sex, gender and pain: Women and men really are different. *Current Review of Pain, 4*(1), 24-30. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s11916-000-0006-6>

- Filligim, R. B., King, C. D., Ribeiro-Dasilva, M., Rahim-Williams, B., & Riley, J. L. (2009). Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. *Journal of Pain, 10*(5), 447-485. doi:10.1016/j.jpain.2008.12.001
- Fletcher, D., Stamer, U. M., Pogatzki-Zahn, E., Zaslansky, R., Tanase, N. V., Perruchoud, C., ... Meissner, W. (2015). Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *European Journal of Anaesthesiology, 32*(10), 725-734. doi:10.1097/EJA.0000000000000319
- Flor, H. (2012). New developments in the understanding and management of persistent pain. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(2), 109-113. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503510
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gan, T. J., Habib, A. S., Miller, T. E., White, W., & Apfelbaum, J. (2013). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: From a US national survey. *Current Medical Research & Opinion, 30*(1), 1-12. doi:10.1185/03007995.2013.860019
- Gan, T. J., Habib, A., Miller, T. E., & White, W. (2003). Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: Results from a US national survey. *Current Medical Research and Opinion, 30*(1). 149-160. doi:10.1185/03007995.2013.860019
- Gante, I., Coutinho, I., Vale, D., Medeiros, R., Ferreira, F., Fonseca, M. J., ... Águas, F. (2018). Mudança de paradigma nas hysterectomias: Estudo retrospectivo comparativo. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 12*(2), 128-133. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n2/v12n2a06.pdf>
- Gante, I., Medeiros-Borges, C., & Águas, F. (2017). Hysterectomies in Portugal (2000-2014): What has changed?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 208*, 97-102. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.11.021
- Garcia, M. J. (2006). *Protocolos em analgesia pós-operatória*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Gatchel, R. J., Peng Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*(4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gerbershagen, H. J., Aduckathil, S., van Wijck, A. J., Peelen, L. M., Kalkman, C. J., & Meissner. (2013). Pain intensity on the first day after surgery a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology, 118*(4), 934-944. doi: 10.1097/ALN.0b013e31828866b3
- Gerdle, B., Björk, J., Cöster, L., Henriksson, K. G., Henriksson, C., & Bengtsson, A. (2008). Prevalence of widespread pain and associations with work status: A population study. *BMC Musculoskeletal Disorders, 9*(102). doi:10.2147/JPR.S59144

- Gray, A., Kehlet, H., Bonnet, F., & Rawal, N. (2005). Predicting postoperative analgesia outcomes: NNT league tables or procedure-specific evidence? *British Journal of Anaesthesia*, *94*(6), 710-714. doi:10.1093/bja/aei144
- Hadjistavropoulos, T., & Craig, K. D. (2004). Pain: Psychological perspectives. In T. Hadjistavropoulos & K. D. Craig (Eds.), *An introduction to pain: Psychological perspectives* (pp. 1 - 12). New York: Psychology Press.
- Hashmi, J. A., & Davis, K. D. (2014). Deconstructing sex differences in pain sensitivity. *Pain*, *155*(1), 10-13. doi:10.1016/j.pain.2013.07.039
- Helder-Woolderink, J., Bock, G., Hollema, H., van Oven, M., & Mourits, M. (2017). Pain evaluation during gynaecological surveillance in women with Lynch syndrome. *Familial Cancer*, *16*(2), 205-210. doi:10.1007/s10689-016-9937-x
- Hinrichs-Rocker, A., Schulz, K., Järvinen, I., Lefering, R., Simanski, C., & Neugebauer, E. A. (2009). Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP): A systematic review. *European Journal of Pain*, *13*(7), 719-730. doi:10.1016/j.ejpain.2008.07.015
- Hung, M., Bounsanga, J., Tang, P., Chen, W., & Cheng C. (2015). The factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in orthopedic trauma patients. *Journal of Clinical Medicine Research*, *7*(6), 453-459.
- Iacovides, S., Avidon, I., & Baker, F. C. (2015). Does pain vary across the menstrual cycle? A review. *European Journal of Pain*, *19*(10), 1389-1405. doi:10.1002/ejp.714.
- International Association for the Study of Pain. (2019). Disponível em <https://www.iasp-pain.org/>
- Ip, H. Y., Abrishami, A., Peng, P. W., Wong, J., & Chung, F. (2009). Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: A qualitative systematic review. *Anesthesiology*, *111*(3), 657-677. doi:10.1097/ALN.0b013e3181aae87a
- Jameson, K. A., Highnote, S. M., & Wasserman, L. M. 2001. Richer color experience in observers with multiple photopigment opsin genes. *Psychonomic Bulletin & Review*, *8*(2), 244-261. doi:10.3758/BF03196159
- Johansen, A., Romundstad, L., Nielsen, C., Schirmer, H., & Stubhaug, A. (2012). Persistent postsurgical pain in a general population: Prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain*, *153*(7), 1390-1396. doi:10.1016/j.pain.2012.02.018
- Johansen, A., Schirmer, H., Stubhaug, A., & Nielsen, C. (2014). Persistent postsurgical pain and experimental pain sensitivity in the Tromsø study: Comorbid pain matters. *Pain*, *155*(2), 341-348. doi:10.1016/j.pain.2013.10.013
- Johnson, N., Barlow, D., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, L., & Garry, R. (2005). Methods of hysterectomy: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, *330*(7506), 1478-1485. doi:10.1136/bmj.330.7506.1478

- Joshi, G. P., & Kehlet, H. (2013). Procedure-specific pain management: The road to improve postsurgical pain management? *Anesthesiology*, *118*(4), 780-782. doi:10.1097/ALN.0b013e31828866e1.
- Khan, R. S., Ahmed, K., Blakeway, E., Skapinakis, P., Nihoyannopoulos, L., Macleod, K., ... Athanasiou, T. (2011). Catastrophizing: A predictive factor for postoperative pain. *American Journal of Surgery*, *201*(1) 122-131. doi:10.1016/j.amjsurg.2010.02.007
- Klepstad, P., Loge, J. H., Borchgrevink, P. C., Mendoza, T. R., Cleeland, C. S., & Kaasa, S. (2002). The Norwegian Brief Pain Inventory Questionnaire: Translation and validation in cancer pain patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *24*(5), 517-525. doi:10.1016/S0885-3924(02)00526-2
- Koenig, J., Jarczok, M. N., Ellis, R. J., Hillecke, T. K., & Thayer, J. F. (2014). Heart rate variability and experimentally induced pain in healthy adults: A systematic review. *European Journal of Pain*, *18*(3), 301-314. doi:10.1002/j.1532-2149.2013.00379.x
- Kopf, A., & Patel, N. B. (Eds.). (2010). *Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos*. Seattle: International Association for the Study of Pain.
- Kremer, R., Granot, M., Yarnitsky, D., Crispel, Y., Fadel, S., Best, L. A., & Nir, R.-R. (2013). The role of pain catastrophizing in the prediction of acute and chronic postoperative pain. *The Open Pain Journal*, *6*(1), 176-182. doi:10.2174/1876386301306010176
- Kuusniemi, K., & Pöyhkä, R. (2016). Present-day challenges and future solutions in postoperative pain management: Results from Pain Forum 2014. *Journal of Pain Research*, *9*, 25-36. doi:10.2147/JPR.S92502
- Lavand'homme, P. (2017). "Why me?" The problem of chronic pain after surgery. *British Journal of Pain*, *11*(4), 162-165. doi:10.1177/2049463717722119
- Lavand'homme, P. (2011). The progression from acute to chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *24*(5), 545-550. doi:10.1097/ACO.0b013e32834a4f74
- Lee, B., Schug, S. A., Joshi, G. P., Kehlet, H., Beloeil, H., Bonnet, F., ... van der Velde, M. (2018). Procedure-Specific Pain Management (PROSPECT): An update. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, *32*(2), 101-111. doi:10.1016/j.bpa.2018.06.012
- Lopes, J. M. (2003). *Fisiopatologia da dor*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Mackintosh-Franklin, C. (2014). Registered nurses' personal responses to postoperative pain: A descriptive qualitative study. *Pain Management Nursing*, *15*(3), 580-587. doi:10.1016/j.pmn.2013.03.001
- Macrae, W. A. (2001). Chronic pain after surgery. *British Journal of Anaesthesia*, *87*(1), 88-98. doi:10.1093/bja/87.1.88
- Macrae, W. A. (2008). Chronic post-surgical pain: 10 years on. *British Journal of Anaesthesia*, *101*(1), 77-86. doi:10.1093/bja/aen099

- Magnusson, K., Osterås, N., Mowinckel, P., Natvig, B., & Hagen, K. B. (2014). No strong temporal relationship between obesity and multisite pain: Results from a population-based 20-year follow-up study. *European Journal of Pain, 18*(1), 120-127. doi:10.1002/j.1532-2149.2013.00338.x
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5a ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Mayhew, D., Mendonca, V., & Murthy, B. V. (2019). A review of ASA physical status: Historical perspectives and modern developments. *Anaesthesia, 74*(3), 373-379. doi:org/10.1111/anae.14569
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: clinical manual* (2a ed.). St. Louis: Mosby.
- Mędrzycka-Dąbrowska, W., Dąbrowski, S., Gutysz-Wojnicka, A., Basiński, A., & Kwiecień-Jaguś, K. (2018). Nurses' knowledge and barriers regarding pain management. *Journal of Perianesthesia Nursing, 33*(5), 715-726. doi:10.1016/j.jopan.2017.03.005
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In D. Kenshalo (Eds.), *The skin senses* (pp. 423-443). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1996). *The challenge of pain*. London: Penguin.
- Melzack, R., (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Supp. 6*, 121-126. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00145-1
- Melzack, R., Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*(3699), 971-979. doi:10.1016/S1082-3174(96)80062-6
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press.
- Miaskowski, C., Gear, R. W., & Levine, J. D. (2000). Sex-related differences in analgesic differences. In R. B. Fillingim (Ed.), *Sex, gender and pain: From the benchtop to the clinic*. Seattle, WA: IASP Press.
- Moayed, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of pain: From specificity to gate control. *Journal of Neurophysiology, 109*(1), 5-42. doi:10.1152/jn.00457.2012
- Mogil, J. S. (2012). Sex differences in pain and pain inhibition: Multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature Reviews Neuroscience, 13*(12), 859-866. doi:10.1038/nrn3360.
- Mota, F. (2012). *Compêndio de Ginecologia Oncológica*. Lisboa: Lidel.
- Munafo, M. R., & Stevensson, J. (2001). Anxiety and surgical recovery: Reinterpreting the literature. *Journal of Psychosomatic Research, 51*(4), 589-596. doi:10.1016/S0022-3999(01)00258-6

- Munro, A., Sjaus, A., & George, R. B. (2018). Anesthesia and analgesia for gynecological surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 274-279. doi:10.1097/ACO.0000000000000584
- Nguyen, D. T., & Nguyen, H. T. (2015). Assessment of post-laparoscopic cholecystectomy pain at Viet Duc Hospital, Vietnam. *Health*, 7(3), 346-354. doi:10.4236/health.2015.73039
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("Yellow Flags") in patients with low back pain: A reappraisal. *Physical Therapy*, 91(5), 737-753. doi:10.2522/ptj.20100224
- Niraj, G., & Rowbotham, D. J. (2011). Persistent postoperative pain: Where are we now?. *British Journal of Anaesthesia*, 107(1), 25-29. doi:10.1093/bja/aer116
- Nogueira-Silva, C., Santos-Ribeiro, S., Barata, S., Alho, C., Osório, F., & Calhaz-Jorge, C. (2014). Histerectomia totalmente laparoscópica: Análise retrospectiva de 262 casos. *Acta Médica Portuguesa*, 27(1), 73-81.
- Noguera, L., Trigo, L., Melero, V., Santana, F., & Torrens, C. (2019). Reverse shoulder arthroplasty for acute proximal humeral fractures: Postoperative complications at 7 days, 90 days and 1 year. *Injury*, 50(2), 371-375. doi:10.1016/j.injury.2019.01.002
- O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2008). *Ginecologia e obstetrícia*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa, Portugal: OE.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Papaioannou, M., Skapinakis, P., Damigos, D., Mavreas, V., Broumas, G., & Palgimesi, A. (2009). The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Medicine*, 10(8), 1452-1459. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00730.x
- Pavlin, D. J., Sullivan, M. J., Freund, P. R., & Roesen, C. (2005). Catastrophizing: A risk factor for postsurgical pain. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 83-90. doi:10.1097/00002508-200501000-00010
- Pereira, M. G., & Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal. Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impacto of Events Scale (IED) numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*, 5, 10-19. Disponível em <https://www.aeop.pt/ficheiros/9ca7a0a03cedbca32eea3eb2e094929d.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pieretti, S., Di Giannuario, A., Di Giovannandrea, R., Marzoli, F., Piccaro, G., Minosi, P., & Aloisi, A. M. (2016). Gender differences in pain and its relief. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, 52(2), 184-189. doi:10.4415/ANN_16_02_09
- Pinto P. R., & Almeida A. (2014). Fatores preditores da dor aguda pós-cirúrgica após artroplastia primária do joelho ou da anca. *Dor*, 22(3), 8-18.
- Pinto, P. R., McIntyre, T., Almeida, A., & Araújo-Soares, V. (2012). The mediating role of pain catastrophizing in the relationship between presurgical anxiety and acute postsurgical pain after hysterectomy. *Pain*, 153(1), 218-226. doi: 10.1016/j.pain.2011.10.020
- Pinto, P. R., McIntyre, T., Ferrero, R., Almeida, A., & Araújo-Soares, V. (2013). Predictors of acute postsurgical pain and anxiety following primary total hip and knee arthroplasty. *Journal of Pain*, 14(5), 502-515. doi:10.1016/j.jpain.2012.12.020
- Pokkinen, S. M., Kalliomäki, M. L., Yli-Hankala, A., & Nieminen, K. (2015). Less postoperative pain after laparoscopic hysterectomy than after vaginal hysterectomy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 292(1), 149-54. doi:10.1007/s00404-014-3608-7
- Prabhakar, A., Mancuso, K. F., Owen, C. P., Lissauer, J., Merrit, C. K., Urman, R. D., & Kaye, A. D. (2014). Perioperative analgesia outcomes and strategies. *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology*, 28(2), 105-115. doi:10.1016/j.bpa.2014.04.005
- Quartana, P. J., Campbell, C., & Edwards, R. (2009). Pain catastrophizing: A critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(5), 745-758. doi:10.1586/ERN.09.34
- Rawal, N., & Berggren, L. (1994). Organization of acute pain services: A low-cost model. *Pain*, 57(1), 117-123. doi:10.1016/0304-3959(94)90115-5
- Ready, L. B., & Edwards, W. T. (1992). *Management of acute pain: A practical guide. Taskforce on acute pain*. Seattle: IASP Publications.
- Ready, L. B., Oden, R., Chadwick, H. S., Benedetti, C., Rooke, G. A., Caplan, R., & Wild, L. M. (1988). Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology*, 68(1), 100-106. Disponível em <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1953910>
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Roberts, S., Bonnici, D., Mackinnon, A., & Worcester, M. (2001). Psychometric Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among Lemole Cardiac Patients. *British Journal of Health Psychology*, 6(pt. 4), 373-380. doi: 10.1348/135910701169278

- Robinson, M. E., Gagnon, C. M., Riley, J. L., & Price, D. D. (2003). Altering gender role expectations: Effects on pain tolerance, pain threshold, and pain ratings. *Journal of Pain, 4*, 284-288. doi:10.1016/S1526-5900(03)00559-5
- Romão, J., & Santos, R. V. (2013). Dor. In H. Machado (Coord.), *Manual de anestesiologia* (pp. 668 - 691). Lisboa: Lidel.
- Rosén, H. I., Bergh, I. H., Odén, A., & Martensson, L. B. (2011). Patients experiences of pain following day surgery: At 48 hours, seven days and three months. *The Open Nursing Journal, 5*, 52-59. doi:10.2174/1874434601105010052
- Rosseland, L. A., & Stubhaug, A. (2004). Gender is a confounding factor in pain trials: Women report more pain than men after arthroscopic surgery. *Pain, 112*(3), 248 - 253. doi:10.1016/j.pain.2004.08.028
- Ruau, D., Liu, L. Y., Clark, J. D., Angst, M. S., & Butte, A. J. (2012). Sex differences in reported pain across 11,000 patients captured in electronic medical records. *Journal of Pain, 13*(3), 228-234. doi:10.1016/j.jpain.2011.11.002
- Sangesland, A., Storen, C., & Vaegter H. B. (2017). Are preoperative experimental pain assessments correlated with clinical pain outcomes after surgery? A systematic review. *Scandinavian Journal of Pain, 15*, 44-52. doi:10.1016/j.sjpain.2016.12.002
- Saraiva, A. (2008). Organização da dor aguda do pós-operatório. *Dor, 16*(1), 18-22.
- Schug, S. A., Palmer, G. M., Scott, D. A., Halliwell, R., & Trinca, J. (2015). *Acute pain management: Scientific evidence* (4th ed.). Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine.
- Schug, S. A., & Bruce, J. (2017). Risk stratification for the development of chronic postsurgical pain. *Pain Reports, 9*(2), e627. doi:10.1097/PR9.0000000000000627
- Silva, L., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psychologica, 41*, 193-204.
- Simanski, C. J., Althaus, A., Hoederath, S., Kreutz, K., Hoederath, P., Lefering, R., ... Neugebauer, E. A. (2014). Incidence of chronic postsurgical pain after general surgery. *Pain Medicine, 15*(7), 1222-1229. doi:10.1111/pme.12434
- Smith, A. B., Selby, P. J., Velikova, G., Stark, D., Wright, E. P., Gould, A., & Cull, A. (2002). Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from the large cancer population. *Psychology and Psychotherapy, 7*(pt. 2), 165-177. doi: 10.1348/147608302169625
- Smith, Y. R., Stohler, C. S., Nichols, T. E., Bueller, J. A., Koeppe, R. A., & Zubieta, J.-K. (2006). Pronociceptive and antinociceptive effects of estradiol through endogenous opioid neurotransmission in women. *The Journal of Neuroscience, 26*(21), 5777-5785. doi:10.1523/JNEUROSCI.5223-05.2006

- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(29). doi:10.1186/1477-7525-1-29
- Sousa, C., & Pereira, M. G. (2008). Morbilidade psicológica e representações da doença em pacientes com esclerose múltipla: Estudo de validação da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 283-298.
- Staikou, C., Kokotis, P., Kyrozis, A., Rallis, D., Makrydakis, G., Manoli, D., ... Fassoulaki, A. (2017). Differences in pain perception between men and women of reproductive age: A laser-evoked potentials study. *Pain Medicine*, 18(2), 316-321. doi:10.1093/pm/pnw167
- Stanhope, J. (2016). Brief Pain Inventory review. *Occupational Medicine*, 66(6), 496-497.
- Subramanya, V., Zhao, D., Ouyang, P., Ying, W., Vaidya, D., Ndumele, C. E., ... Michos, E. D. (2019). Association of endogenous sex hormone levels with coronary artery calcium progression among post-menopausal women in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Journal of Cardiovascular Computed Tomography*, 13(1), 41-47. doi:10.1016/j.jcct.2018.09.010
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64. doi:10.1097/00002508-200103000-00008
- Taenzer, A. H., Clark, C., & Curry, C. (2000). Gender affects report of pain and function after arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction. *Anesthesiology*, 93(3), 670-675. doi:10.1097/00000542-200009000-00015
- Thalamkandathil, N., Beegum, R., Abdurahiman, T., & Karumanchery, G. (2016). Laparoscopic myomectomy: A three year experience. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(10), 3560-3562. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20163444
- Tracey, I., & Mantyh, P. W. (2007). The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron*, 55(3), 377-391. doi:10.1016/j.neuron.2007.07.012
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007. doi:10.1097/j.pain.000000000000160
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (2018). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (3rd ed.). New York: The Guildford Publications.

- Vadivelu, N., Mitra, S., & Narayan, D. (2010). Recent advances in postoperative pain management. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 83(1), 11-25. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/c75d/cd659e04be4771ff9084dc5c969f912e9477.pdf>
- Valentim, J. (2008). Dor aguda do pós-operatório: Princípios básicos. *Revista Dor*, 16, 12-17.
- Vandenkerkhof, E. G., Peters, M. L., & Bruce, J. (2013). Chronic pain after surgery: Time for standardization? A framework to establish core risk factor and outcome domains for epidemiological studies. *Clinical Journal of Pain*, 29(1), 2-8. doi:10.1097/AJP.0b013e31824730c2
- Vandenkerkhof, E. G., Hopman, W. M., Goldstein, D. H., Wilson, R. A., Towheed, T. E., Lam, M., ... Gilron, I. (2012). Impact of perioperative pain intensity, pain qualities, and opioid use on chronic pain after surgery: A prospective cohort study. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 37(1), 19-27. doi:10.1097/AAP.0b013e318237516e
- Veal, F. C., Bereznicki, L. R., Thompson, A. J., Peterson, G., & Orlikowski, C. (2015). Subacute pain as a predictor of long-term pain following orthopedic surgery: An Australian prospective 12 month observational cohort study. *Medicine*, 94(36), 1496-1501. doi:10.1097/MD.0000000000001498
- Vetthus, M., Berhane, T., Soreide, O., & Sondena, K. (2005). Pain persists in many patients five years after removal of the gallbladder: Observations from two randomized controlled trials of symptomatic, noncomplicated gallstone disease and acute cholecystitis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 9(6), 826-831. doi:10.1016/j.gassur.2005.01.291
- Werner, M. U., Lykke, S., Rotboll-Nielsen, P., & Kehlet, H. (2002). Does an acute pain service improve postoperative outcome?. *Anesthesia & Analgesia*, 95(5), 1361-1372. doi:10.1097/0000539-200211000-00049
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28-38. doi:10.1016/j.wombi.2018.03.004
- Willis Jr., W. D., & Coggeshall, R. E. (1991). *Sensory mechanisms of the spinal cord* (2nd ed.). New York: Plenum Press.
- Wood, J. N., & Docherty, R. J. (1997). Chemical activators of sensory neurons. *Annual Review of Physiology*, 59, 457-482. doi:10.1146/annurev.physiol.59.1.457
- Wood, T. J., Thornley, P., Petrucci, D., Kabali, C., Winemaker, M., & Beer, J. (2016). Preoperative predictors of pain catastrophizing, anxiety, and depression in patients undergoing total joint arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, 31(12), 2750-2756. doi:10.1016/j.arth.2016.05.056
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: World Health Organization.

- Yamagata, K., Sugimura, M., Yoshida, M., Sekine, S., Kawano, A., Oyamaguchi, A., ... Niwa, H. (2016). Estrogens exacerbate nociceptive pain via up-regulation of trpv1 and ano1 in trigeminal primary neurons of female rats. *Endocrinology*, *157*(11), 4309-4317. doi:10.1210/en.2016-1218
- Yang, M. M., Hartley, R. L., Leung, A. A., Ronksley, P. E., Jetté, N., Casha, S., & Riva-Cambrin, J. (2019). Preoperative predictors of poor acute postoperative pain control: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *9*(4), e025091. doi:10.1136/bmjopen-2018-025091
- Young Casey, C., Greenberg, M. A., Nicassio, P. M., Harpin, R. E., & Hubbard, D. (2008). Transition from acute to chronic pain and disability: A model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain*, *134*(1-2), 69-79. doi: 10.1016/j.pain.2007.03.032
- Zaragozá García, F., Landa García, I., Larraínzar Garijo, R., Moñino Ruiz, P., & Torre Liébana, R. (2005). *Dolor postoperatorio en España: primer documento de consenso*. Madrid: Imago Concept.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370. Disponible em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6880820>
- Zubieta, J. K., Smith, Y. R., Bueller, J. A., Xu, Y., Woike, T., Kilbourn, M., ... Stohler, C. S. (2002). Opioid receptor mediated antinociception differs in men and women. *The Journal of Neuroscience*, *22*(12), 5100-5107. Disponible em <https://pdfs.semanticscholar.org/423d/d352342fe0b75f3405d700a56e97a0a42f8c.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Instrumento de colheita de dados - Questionário

PREENCHER ANTES DA
CIRURGIA



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

QUESTIONÁRIO

O presente questionário insere-se no âmbito do desenvolvimento da dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação do Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro. Encontramo-nos a desenvolver um estudo com o tema "Fatores Associados à Dor Aguda Pós-Operatória em Doentes Submetidas a Cirurgia Ginecológica", cujo principal objetivo é identificar fatores relacionados com a ocorrência de dor aguda em mulheres após cirurgia ginecológica e avaliar a eficácia das medidas implementadas no controlo da dor.

A resposta ao questionário é de carácter voluntário. Adotaremos todos os procedimentos necessários para garantir a confidencialidade, pelo que os seus dados e respostas são totalmente anónimos. Desta forma, pedimos que não se identifique em qualquer das partes do questionário.

A participação no estudo não influencia em nada o tipo de tratamento e de cuidados que receberá durante o seu internamento.

O questionário é constituído por duas partes e será aplicado em dois momentos, antes da cirurgia e 48 horas após a cirurgia.

Agradecemos a sua disponibilidade e pedimos que tenha a generosidade de responder a todas as questões com a máxima sinceridade pois só assim poderemos obter informação válida e que nos ajude a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro

Enf.ª Ana Isabel Rodrigues

PARTE I**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS (Ribeiro & Rodrigues, 2018)****1. Idade**

- Entre 18 e 27 anos
- Entre 28 e 37 anos
- Entre 38 e 47 anos
- Entre 48 e 57 anos
- Entre 58 e 67 anos
- Entre 68 e 77 anos
- Entre 78 e 87 anos
- Mais de 88 anos

2. Estado civil

- Solteira
- Casada/ União de facto
- Divorciada/ Separada
- Viúva

3. Área de residência

- Rural
- Urbana

4. Escolaridade

- 1º ciclo do ensino básico (até 4ª classe)
- 2º ciclo do ensino básico (5º e 6º ano)
- 3º ciclo do ensino básico (7º, 8 e 9º ano)
- Ensino secundário
- Ensino superior

5. Situação laboral

- Empregada
- Desempregada
- Reformada
- Estudante
- Outro

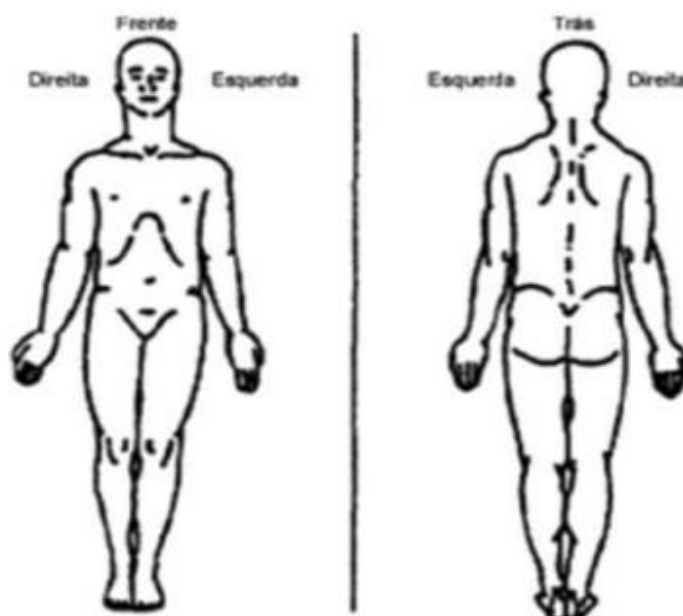
PARTE II

SECÇÃO A - INVENTÁRIO RESUMIDO DA DOR (BPI) - FORMULÁRIO ABREVIADO (Cleeland, 2004; versão portuguesa de Azevedo et al. (2007))

1. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tal como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a **última semana** teve alguma dor diferente destas dores comuns?

___ Sim ___ Não

2. Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

5. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

6. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso momento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A) Atividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

B) Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

C) Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

D) Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

E) Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

F) Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

G) Prazer de viver

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

SECÇÃO B - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)
(Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais- Ribeiro et al., 2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na **última semana**.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta mais ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tensa ou nervosa:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas isso não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animada:

- Nunca
- Por vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentada e sentir-me relaxada:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lenta, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensiva (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieta que não consigo estar parada:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

SECÇÃO C - ESCALA DE DESÂNIMO ASSOCIADA À DOR (PCS)

(Sullivan, 1995; versão portuguesa de Azevedo et al., 2007)

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dor.

0 - Nunca 1 - Ligeiramente 2 - Moderadamente 3 - Bastante 4 - Sempre

Quando estou com dores ...

- Estou completamente preocupada em saber se a dor terá fim.
- Sinto que não consigo continuar.
- É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.
- É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.
- Sinto que já não aguento mais.
- Fico com medo que a dor piore.
- Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.
- Quero ansiosamente que a dor desapareça.
- Não consigo deixar de pensar nisso.
- Estou sempre a pensar no quanto dói.
- Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.
- Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.
- Pergunto-me se poderá acontecer algo grave.

Copyright © 2013 Mapi Research Trust

Muito obrigada pela sua colaboração.

PREENCHER 48 HORAS
APÓS A CIRURGIA



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

QUESTIONÁRIO

O presente questionário insere-se no âmbito do desenvolvimento da dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, sob orientação do Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro. Encontramo-nos a desenvolver um estudo com o tema "Fatores Associados à Dor Aguda Pós-Operatória em Doentes Submetidas a Cirurgia Ginecológica", cujo principal objetivo é identificar fatores relacionados com a ocorrência de dor aguda em mulheres após cirurgia ginecológica e avaliar a eficácia das medidas implementadas no controlo da dor.

A resposta ao questionário é de carácter voluntário. Adotaremos todos os procedimentos necessários para garantir a confidencialidade, pelo que os seus dados e respostas são totalmente anónimos. Desta forma, pedimos que não se identifique em qualquer das partes do questionário.

A participação no estudo não influencia em nada o tipo de tratamento e de cuidados que receberá durante o seu internamento.

O questionário é constituído por duas partes e será aplicado em dois momentos, antes da cirurgia e 48 horas após a cirurgia.

Agradecemos a sua disponibilidade e pedimos que tenha a generosidade de responder a todas as questões com a máxima sinceridade pois só assim poderemos obter informação válida e que nos ajude a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro

Enf.ª Ana Isabel Rodrigues

6. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste preciso momento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										A pior dor que se pode imaginar

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8. Nas últimas 24 horas, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

9. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante as últimas 24 horas, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A) Atividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

B) Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

C) Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

D) Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

E) Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

F) Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

G) Prazer de viver

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

SECÇÃO B - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)
(Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais- Ribeiro et al., 2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se sente.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta mais ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tensa ou nervosa:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas isso não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animada:

- Nunca
- Por vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentada e sentir-me relaxada:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me mais lenta, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal forma apreensiva (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieta que não consigo estar parada:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

SECÇÃO C - ESCALA DE DESÂNIMO ASSOCIADA À DOR (PCS)
(Sullivan, 1995; versão portuguesa de Azevedo et al., 2007)

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dor.

0 - Nunca 1 - Ligeiramente 2 - Moderadamente 3 - Bastante 4 - Sempre

Quando estou com dores ...

- Estou completamente preocupada em saber se a dor terá fim.
- Sinto que não consigo continuar.
- É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.
- É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.
- Sinto que já não aguento mais.
- Fico com medo que a dor piore.
- Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.
- Quero ansiosamente que a dor desapareça.
- Não consigo deixar de pensar nisso.
- Estou sempre a pensar no quanto dói.
- Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.
- Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.
- Pergunto-me se poderá acontecer algo grave.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo 2

Instrumento de colheita de dados - Grelha de dados



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

GRELHA DE REGISTO DE DADOS CLÍNICOS

PARTICIPANTE	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
DADOS CLÍNICOS				
Peso				
Altura				
IMC				
ASA (I, II, III, IV, V)				
Psicofármacos				
Ansiolíticos				
Antidepressivos				
Ant. obst/ginec.				
Paridade				
Menopausa				
Cirurgias prévias				
Ginecológicas				
Outras				
Diagnóstico				
Intervenção cir.				
Cir. oncológica				
Cir. não oncol.				
Cir. abdominal				
Cir. vaginal				
Cir. laparoscópica				
Posicionam. cir.				
Decúbito dorsal				
Litotomia				
Tipo incisão				
Mediana				
Pfannenstiel				
Mini-inc. lapar.				
Parede vaginal				
Tipo anestesia				
Anest. geral				
Anest. regional				
Anest. combinada				
Duração cirurgia	(min)			
UCPA				
Tempo permanência				
Maior intens. dor				
Analgesia				
Nível de dor na alta				
Complicações				



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

PARTICIPANTE	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
DADOS CLÍNICOS				
Protocolo analgesia pós-op				
Analg. convencional				
Analg. não-convenc.				
Analgesia de resgate				
Possíveis efeitos 2ª medicação				
Náuseas				
Vómitos				
Prurido				
Obstipação				
Outros				
Nºdias pós-op.				

Anexo 3

Autorizações para a utilização do BPI

DocuSign Envelope ID: 020EE2CE-11AB-46CD-B460-F1FF90F67EF0

SYMPTOM ASSESSMENT TOOL LICENSE AGREEMENT

This Symptom Assessment Tool License Agreement (the "Agreement," including both Part I License Information and Part II Terms & Conditions) is entered into as of the Effective Date by and between The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center ("MD Anderson") and the Licensee identified below. MD Anderson and Licensee may each hereinafter be individually referred to as a "Party" and collectively as the "Parties."

Under certain license agreements with Symptom Assessment Systems, LLC, MD Anderson has obtained the exclusive right to grant a license to use, reproduce, and/or distribute copies of, the Symptom Assessment Tool. Licensee desires to obtain the right to use, reproduce, and/or distribute copies of, the Symptom Assessment Tool for the Permitted Use described herein.

NOW, THEREFORE, in consideration of the promises, conditions, covenants and warranties herein contained, the Parties agree as follows:

PART I LICENSE INFORMATION

1.	Licensee	Name:	Hospital de Vila Real
		ATTN:	Ana Rodrigues
		Address Line 1:	Rua Cruz das Almas, Bloco 2 - Entrada 2, 3 ^o Esq. Trás
		Address Line 2:	Vila Real, Trás-os-Montes 5000 - 507
		Address Line 3:	Portugal
		Address Line 4:	Please enter address line 4 (optional)
		Email Address:	rodriguesana@hvr.pt
2.	Permitted Use	Student research (thesis, dissertation)	
3.	Symptom Assessment Tool	BPI-BF Portuguese-Portugal	
4.	License Fee:	\$ 100.00	

IN WITNESS WHEREOF, the parties hereto have caused their duly authorized representatives to execute this Agreement.

Licensee (see Item 1, above)

Signed: Ana Isabel Rodrigues
(signature of representative)

Name: ANA ISABEL RODRIGUES
(printed name of representative)

Title: Ph.D.
(position within Licensee organization)

Date: 24/01/2019
(date signed by representative)

The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center

Signed: Andrew Dennis
(signature of representative)

Name: Andrew P. Dennis, Ph.D.
(printed name of representative)

Title: Managing Director
Office of Technology Commercialization
(position within MD Anderson)

Date: 2/1/2019
(date signed by representative)

31/05/2019

Re: Utilização de questionários em estudo sobre dor

Data: Qua, 7 Nov 2018 [23:27:17 WEST]
De: Luís Azevedo <lazevedo@med.up.pt>
Para: rodriguesanaisabel@sapo.pt
Assunto: Re: Utilização de questionários em estudo sobre dor
 Os meus votos de felicidades para o seu trabalho.

<rodriguesanaisabel@sapo.pt> escreveu no dia quarta, 7/11/2018 à(s) 23:23:

Caro Sr. Professor Luís Azevedo,

Agradeço toda a atenção dedicada ao meu pedido, não só a autorização para a utilização das versões portuguesas dos instrumentos em causa mas também toda a explicação e indicações para requerer a autorização junto dos autores das versões originais.

Muito obrigada pela sua preciosa ajuda.

Os meus melhores cumprimentos,

Ana Isabel Rodrigues

Citando Luís Azevedo <lazevedo@med.up.pt>:

Cara Enf^a. Ana Isabel Rodrigues,

É sempre muito satisfatório ver o nosso trabalho a ter utilidade para outros investigadores, profissionais e estudantes.

Naturalmente, tem autorização da nossa parte para a utilização no seu trabalho das versões portuguesas do Brief Pain Inventory - BPI (Inventário Resumido da Dor) e da Pain Catastrophizing Scale - PCS (Escala de Desânimo Associada à Dor) por nós validadas.

Embora nós sejamos responsáveis pela versão portuguesa do BPI, chamo-lhe, no entanto, a atenção para o facto de este instrumento ter copyright que pertence aos autores da versão original do mesmo, pelo que deverá, também, obter a autorização destes. Para isto, recomendo-lhe que vá à seguinte página, onde encontrará as instruções necessárias para poder obter, de forma simples e rápida, a autorização de utilização da versão portuguesa do BPI:

<https://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-pain-inventory.html>

A utilização do BPI é praticamente gratuita no caso de ser para projectos não-financiados ou para a prática clínica, mas ainda assim precisa de fazer o registo de utilização e obter a autorização dos detentores do copyright.

Quanto às instruções de utilização e o método de scoring do BPI envio-lhe o endereço do manual do BPI onde estas questões são devidamente abordadas.

https://www.mdanderson.org/documents/Departments-and-Divisions/Symptom-Research/BPI_UserGuide.pdf

Quanto ao PCS (Escala de Desânimo Associada à Dor - Pain Catastrophizing Scale), acontece o mesmo, portanto, recomendo-lhe que contacte o Prof. Michael Sullivan (o e-mail de contacto que tenho disponível é este michael.jl.sullivan@umontreal.ca), que é o autor da versão original do PCS e que lhe poderá igualmente informar das formalidades necessárias para proceder à utilização deste instrumento.

Envio em anexo também, as versões portuguesas do PCS e do BPI por nós validada em formato PDF. Envio as versões do BPI com períodos de referência de 24 horas e de uma semana. Poderá usar uma ou a outra versão, dependendo do contexto clínico de utilização. As duas estão devidamente validadas.

31/05/2019

Re: Utilização de questionários em estudo sobre dor

Obviamente, sintá-se à vontade para contactar-me caso precise de algum esclarecimento adicional.

Os meus votos de felicidades para o seu trabalho.

Muito atentamente,

Luís Azevedo.

José Castro Lopes <jclopes@med.up.pt> escreveu no dia terça, 6/11/2018 à(s) 10:46:

Cara Enfª Ana Isabel Rodrigues,

-

[O Prof. Luís Azevedo, a quem envio cópia deste email, enviar-lhe-á a autorização formal para a utilização dos questionários.](#)

-

[Melhores cumprimentos.](#)

-

[José M. Castro Lopes](#)

-

-

De: rodriguesanaisabel@sapo.pt <rodriguesanaisabel@sapo.pt>

Enviada: 5 de novembro de 2018 18:58

Para: jclopes@med.up.pt

Assunto: Utilização de questionários em estudo sobre dor

-

[Ex.mo Sr. Prof. Doutor José Manuel Castro-Lopes,](#)

[Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, a desenvolver projeto de dissertação subordinado ao tema "Estudo dos fatores associados à dor aguda pós-operatória em doentes submetidas a cirurgia ginecológica", e venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para a utilização de dois questionários que validou, no âmbito de um estudo epidemiológico nacional sobre dor, para a língua e população portuguesa e cujas versões foram publicadas no Volume 15 - Nº 4 da revista Dor. Trata-se dos seguintes questionários:](#)

[- Inventário Resumido da Dor \(Brief Pain Inventory\);](#)

[- Escala de Desânimo Associada à Dor \(Pain Catastrophizing Scale\).](#)

[O referido estudo de investigação tem por objetivos gerais avaliar a incidência de dor aguda pós-operatória em doentes submetidas a cirurgia ginecológica, identificar possíveis fatores preditores de dor aguda pós-operatória após cirurgia ginecológica, e contribuir para a avaliação e incremento da qualidade das medidas adotadas para a gestão e controlo da dor.](#)

[Agradeço a atenção dispensada, ficando ao seu dispor para qualquer esclarecimento que ache pertinente.](#)

[Com os melhores cumprimentos,](#)

31/05/2019

Re: Utilização de questionários em estudo sobre dor

Ana Isabel Rodrigues

--

Luis Filipe Ribeiro de Azevedo, MD PhD

Professor Auxiliar na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP

Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde - MEDCIDS

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - CINTESIS

Assistant Professor at the Faculty of Medicine University of Porto - FMUP

Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences - MEDCIDS

Center for Health Technology and Services Research - CINTESIS

Rua Dr. Plácido da Costa, s/n,

4200-319 Porto
Portugal

E-mail: lazevedo@med.up.pt medcids@med.up.pt | <http://medcids.med.up.pt>
Tel: +351 225 513 622 | Fax: +351 225 513 668

[Researchgate profile](#) [Google scholar](#) [ORCID](#) [Publons profile](#)

--

Luis Filipe Ribeiro de Azevedo, MD PhD

Professor Auxiliar na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto - FMUP

Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde - MEDCIDS

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - CINTESIS

Assistant Professor at the Faculty of Medicine University of Porto - FMUP

Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences - MEDCIDS

Center for Health Technology and Services Research - CINTESIS

Rua Dr. Plácido da Costa, s/n,

4200-319 Porto
Portugal

E-mail: lazevedo@med.up.pt medcids@med.up.pt | <http://medcids.med.up.pt>
Tel: +351 225 513 622 | Fax: +351 225 513 668

[Researchgate profile](#) [Google scholar](#) [ORCID](#) [Publons profile](#)

Anexo 4

Autorizações para a utilização da HADS

31/05/2019

RE: Utilização do instrumento HADS

Data: Seg, 1 Out 2018 [09:26:20 WEST]
De: José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>
Para: rodriguesanaisabel@sapo.pt
Assunto: RE: Utilização do instrumento HADS
 Cara colega

Não nos opomos ao uso da versão do da HADS que estudámos e desenvolvemos para uso com a população portuguesa.

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
 mobile phone: (351) 965045590
 web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
 ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
 ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

De: rodriguesanaisabel@sapo.pt [rodriguesanaisabel@sapo.pt]

Enviado: sexta-feira, 28 de Setembro de 2018 0:35

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Utilização do instrumento HADS

Ex.mo Sr. Prof. Doutor José Luís Pais-Ribeiro,

Na condição de aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, a desenvolver projeto de dissertação subordinado ao tema "Qualidade de recuperação pós-operatória em doentes submetidas a cirurgia ginecológica", venho por este meio contactar o Sr. Professor com o objetivo de solicitar a V. Ex.^a autorização para a utilização da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), cuja versão para português estudou e publicou.

O referido estudo de investigação tem por objetivos gerais avaliar a qualidade de recuperação pós-operatória das doentes submetidas a cirurgia ginecológica e identificar possíveis fatores preditores de má qualidade de recuperação, contribuindo para a implementação de intervenções multidisciplinares promotoras de uma melhor qualidade de recobro.

Agradeço a atenção dispensada, ficando ao seu dispor para qualquer esclarecimento que ache pertinente.

Com os melhores cumprimentos, subscrevo-me,

Ana Isabel Rodrigues

Anexo 5

Autorizações para a utilização do PCS

31/05/2019

Re: Pain Catastrophizing Scale

Data: Seg, 12 Nov 2018 [22:55:15 WEST]
De: "Michael Sullivan, Dr." <michael.sullivan@mcgill.ca>
Para: rodriguesanaisabel@sapo.pt
Assunto: Re: Pain Catastrophizing Scale

Greetings,

The PCS is now licensed and distributed by Mapi Research Trust on behalf of Dr. Michael Sullivan, copyright owner of the PCS. For more information about permissions, conditions of use and licensing, please contact Ms. Marie Dulac-Trimorea at (mdulac@mapigroup.com), Veronique Lautaret at (vlautaret@mapigroup.com) or visit [ePROVIDE](http://ePROVIDE.MapiResearchTrust.com) Mapi Research Trust.

Let me know if I can assist further.

Michael Sullivan, PhD
Canada Research Chair in Behavioural Health
Department of Psychology
McGill University
2001 McGill College, Room 1406
Montreal, Quebec
H3A 1G1
514 512 7246

Admin:
Chantale.Bousquet@McGill.ca

On Nov 12, 2018, at 5:50 PM, rodriguesanaisabel@sapo.pt wrote:

Dear Professor Michael Sullivan,

I am writing this email to ask your permission to turn on to the instrument "Pain Catastrophizing Scale", a scale which was created and published by the Professor and whose available and portuguese version was of the responsibility of the Professor José Manuel Castro Lopes and assistents.

I am attending a pos-graduation course, related to medical-surgical nursering in "Escola Superior de Saúde" in Viseu. I have been developing a project under the topic "Study of factors associated with acute postoperative pain in patients undergoing gynecological surgery". Relying on the instrument "Pain Catastrophizing Scale" to support my researches would be of great help not to mention the credibility I would be based on.

Once again I would like to have your permission to make use of your scale entitled "Pain Catastrophizing Scale" on my under going project.

I am looking forward to listen from you soon.

Yours faithfully

Ana Isabel Rodrigues

31/05/2019

RE: Request #159976_PCS_Portuguese

Data: Qua, 21 Nov 2018 [12:57:25 WEST]
De: "Sakellaropoulou, Foteini" <Foteini.Sakellaropoulou@mapi-trust.org>
Para: "rodriguesanaisabelsapo.pt" <rodriguesanaisabel@sapo.pt>
Cc: eProvide <eprovide@mapi-trust.org>
Assunto: RE: Request #159976_PCS_Portuguese

Dear Dr Rodrigues

Thank you for sending the complete user agreement.
Please find here the Portuguese translation for the PCS.
I hope it will be useful to your study.
Best regards

Foteini Sakellaropoulou
Information Resources Specialist

Tel: +33 4 27 44 5809
Foteini.Sakellaropoulou@mapi-trust.org
www.mapi-trust.org, <https://eprovide.mapi-trust.org/>
Upcoming OoO : November 27, travelling for business. November 30

Please, note my email address has changed to Foteini.Sakellaropoulou@mapi-trust.org Please update your directory with my new information.



From: rodriguesanaisabel@sapo.pt <rodriguesanaisabel@sapo.pt>
Sent: Tuesday, November 20, 2018 12:19 AM
To: Sakellaropoulou, Foteini <Foteini.Sakellaropoulou@mapi-trust.org>
Cc: eProvide <eprovide@mapi-trust.org>
Subject: Re: Request #159976_PCS_Portuguese

Dear Mr. Sakellaropoulou,

Thank you very much for your attention.

I am sending you the User Agreement.

Yours faithfully,

Ana Rodrigues

Citando Sakellaropoulou, Foteini <Foteini.Sakellaropoulou@mapi-trust.org>:

Dear Ana
Thank you for filing your request about the PCS in our platform.
We will be happy to provide permission to use as well as the Portuguese translation of the PCS for your study.
For this, kindly complete and return to me the attached User Agreement.
Upon reception, I will send you a translation that we have obtained from the author directly, free of charge, since your study is not funded.
If you have any questions, please do not hesitate to ask.
Kind regards
Foteini Sakellaropoulou
Information Resources Specialist

31/05/2019

RE: Request #159976_PCS_Portuguese

Tel: +33 4 27 44 5809
Foteini.Sakellaropoulou@mapi-trust.org
www.mapi-trust.org, <https://eprovide.mapi-trust.org/>

Please, note my email address has changed to Foteini.Sakellaropoulou@mapi-trust.org Please update your directory with my new information.



From: eProvide
Sent: Tuesday, November 13, 2018 12:16 AM
To: rodriguesanaisabel@sapo.pt
Cc: rodriguesanaisabel@sapo.pt
Subject: ePROVIDE™: Request #159976 is New

Dear User,

We have received your request with the following details:

Request

- **Type of request** : (not defined)
- **Status** : New
- **Subject** : Pain Catastrophizing Scale
- **Description** : I am writing this email to ask your permission to turn on to the instrument "Pain Catastrophizing Scale", a scale which was created and published by the Professor and whose available and portuguese version was of the responsibility of the Professor José Manuel Castro Lopes and assistants. I am attending a pos-graduation course, related to medical-surgical nursering in "Escola Superior de Saúde" in Viseu. I have been developing a project under the topic "Study of factors associated with acute postoperative pain in patients undergoing gynecological surgery". Relying on the instrument "Pain Catastrophizing Scale" to support my researches would be of great help not to mention the credibility I would be based on. Once again I would like to have your permission to make use of your scale entitled "Pain Catastrophizing Scale" on my under going project. I am looking forward to listen from you soon. Yours faithfully Ana Isabel Rodrigues
- **Instruments** :
 - PCS - Pain Catastrophizing Scale
- **Mode of administration** : No information
- **Study financing** : Not funded academic research/project, individual medical practice

My address

Rua Cruz das Almas, Bloco 2 - Entrada 2, 3º Esq. Trás
Bloco 2 - Entrada 2, 3º Esq. Trás
5000 - 507 Vila Real
Trás-os-Montes
Portugal

31/05/2019

RE: Request #159976_PCS_Portuguese

We'll handle your request within 2 business days. If it is very urgent, please specify so that we can process and respond within your timelines.

If you have any questions, you may refer to our [FAQs](#).

Best regards,






ICON plc made the following annotations.

This e-mail transmission may contain confidential or legally privileged information that is intended only for the individual or entity named in the e-mail address. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution, or reliance upon the contents of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail transmission in error, please reply to the sender, so that ICON plc can arrange for proper delivery, and then please delete the message.

Thank You,

ICON plc
South County Business Park
Leopardstown
Dublin 18
Ireland
Registered number: 145835

Anexos:

-  image001.gif (3 KB)
-  image002.png (6 KB)
-  Measures_PCS_Portuguese.pdf (70 KB)

Anexo 6

Parecer do Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

Ex.mo Sr. Dr. Osvaldo Moutinho P. Soares
Diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
da Unidade Hospitalar de Vila Real - Centro
Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Assunto: Pedido de autorização para efetuar estudo de investigação e colheita de dados no Serviço de Ginecologia.

Ana Isabel Rodrigues, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu e a exercer funções como enfermeira no Bloco Operatório deste hospital, encontra-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema: "Fatores Associados à Dor Aguda Pós-Operatória em Doentes Submetidas a Cirurgia Ginecológica".

O estudo tem como objetivo identificar fatores relacionados com a intensidade de dor aguda pós-operatória e consumo de analgesia de resgate em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Para o efeito, pretende-se aplicar um questionário às doentes submetidas a cirurgia programada e que previsivelmente tenham um internamento no período pós-operatório de pelo menos 48 horas e consultar os processos clínicos para recolha de dados relacionados com caracterização clínica, tipo de cirurgia, anestesia e analgesia efetuados.

A colheita de dados terá início logo que seja autorizada pela Comissão de Ética a realização do estudo e decorrerá ao longo de três meses. Serão assegurados todos os procedimentos para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos no âmbito do estudo, bem como o caráter voluntário e a possibilidade de recusa na participação a qualquer momento por parte das doentes.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados através dos instrumentos em anexo.

Os resultados obtidos serão colocados à disposição de V. Ex.ª caso assim o pretenda e se coadunem com os interesses do Serviço.

Muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Os Investigadores:

(Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro)



(Enf.ª Ana Isabel Rodrigues)

Parecer do Diretor do Serviço:

Tem todo o respeito para
 o Serviço, o trabalho em
 vista que se pretende estabelecer
 com as instituições
 o Serviço de Investigação e Medição
 (Serviço de Estatística e Estatística
 Especial) que participam em
 trabalhos de dados de vista.

Para a realização desses
 trabalhos a seguir

deve ser utilizado



(Dr. Osvaldo Moutinho P. Soares)

Anexo 7

Parecer da Diretora do Serviço de Anestesiologia

Ex.ma Sr.ª Dr.ª Rosário Abrunhosa
Diretora do Serviço de Anestesiologia
da Unidade Hospitalar de Vila Real - Centro
Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Assunto: Pedido de autorização para efetuar estudo de investigação e colheita de dados.

Ana Isabel Rodrigues, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu e a exercer funções como enfermeira no Bloco Operatório deste hospital, encontra-se a desenvolver um estudo subordinado ao tema: "Fatores Associados à Dor Aguda Pós-Operatória em Doentes Submetidas a Cirurgia Ginecológica".

O estudo tem como objetivo identificar fatores relacionados com a intensidade de dor aguda pós-operatória e consumo de analgesia de resgate em doentes submetidas a cirurgia ginecológica.

Para o efeito, pretende-se aplicar um questionário às doentes submetidas a cirurgia programada e que previsivelmente tenham um internamento no período pós-operatório de pelo menos 48 horas e consultar os processos clínicos para recolha de dados relacionados com caracterização clínica, tipo de cirurgia, anestesia e analgesia efetuados.

A colheita de dados terá início logo que seja autorizada pela Comissão de Ética a realização do estudo e decorrerá ao longo de três meses. Serão assegurados todos os procedimentos para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos no âmbito do estudo, bem como o caráter voluntário e a possibilidade de recusa na participação a qualquer momento por parte das doentes.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados através dos instrumentos em anexo.

Os resultados obtidos serão colocados à disposição de V. Ex.ª caso assim o pretenda e se coadunem com os interesses do Serviço.

Muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

Os Investigadores:

(Professor Doutor Olivério Paiva Ribeiro)



(Enf.ª Ana Isabel Rodrigues)

Parecer da Sr.ª Diretora do Serviço de Anestesiologia:

No CHTMAD, a analgesia no pós-operatório é da responsabilidade do anestesiológico. Se bem entendido, o trabalho proposto é de grande utilidade e pertinência, uma vez que pretende avaliar a qualidade da analgesia efetuada à população submetida a procedimentos gerais. É pois a este tipo de estudos que possibilitam a avaliação e o ajuste dos protocolos já instituídos pelo serviço de Anestesiologia, no sentido e com o objetivo de prestar os melhores cuidados à população.



(Dr.ª Rosário Abrunhosa)

Anexo 8

Autorização do Conselho de Administração do CHTMAD, EPE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exam^(a). Senhor(a):

Enf. Ana Isabel Rodrigues

Bloco Operatório

CHTMAD

ASSUNTO: *Ensaio Clínico/Projeto de Investigação*

V/ REFERÊNCIA

Após parecer emitido pela Comissão de Ética em reunião de 18.12.2018, o Conselho de Administração em 20.12.2018, autorizou a realização do projeto de investigação sobre "Fatores associados à Dor Aguda Pós-operatória em doentes submetidas a Cirurgia Ginecológica", após apresentação da autorização do Diretor do Serviço de Anestesiologia.

Com os melhores cumprimentos,

Via Red 20.12.2018

Doc n.º 496/2018 - C.A.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

João Oliveira

lv

Anexo 9

Declaração de consentimento informado às participantes no estudo

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

À PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecida.

Cara Senhora

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema "Fatores Associados à Dor Aguda Pós-Operatória em Doentes Submetidas a Cirurgia Ginecológica" e cujo objetivo principal é identificar fatores relacionados com a ocorrência de dor aguda após cirurgia ginecológica e avaliar a eficácia das medidas implementadas no controlo da dor. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que neste estudo/ investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informada **autorizo a participação** neste estudo: Vila Real, ____/____/2019

Nome:

Assinatura da participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome:

BI/CD n.º: _____, data/validade

Morada:

Grau de parentesco ou tipo de representação:

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador:

Assinatura _____

